

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Galambos Arnold: A typhus és a dysenteria együttes előfordulásáról. 129. lap.

Kovács József: Közlemény a báró Herczel tanár vezetése alatt álló Mária Terézia-téri hadikórházból. Adalékok a hadi sebkezeléshez, különös tekintettel az ultraviolet sugarak hatására. 170 lap.

Fabinyi Rudolf és Selig Árpád: Kísérletek a paralysis gyógykezelésére. 131. lap.

Dollinger Béla: Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Spondylitis tuberculosa (2000 eset alapján). 133. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle, Belorvostan. Kirschbaum; A typhusellenes védőoltás. — Koenigsfeld: A fertőző betegségek gyógyítása. — Jaksch; A himlőellenes védőoltás haszna. — Sebészet. Spitz; A hadi sebesültek utókezelése. — Grunert: Perubalsam. — Húgyszervi betegségek. G. La Virghi: Colliculitis. — Psychologia. Kollarits Jenő; Az elmúlt idő hosszának utólagos megbecsülése. — Kisebb közlések az orvostudományra. A. Oswald: Endemiás cretinismus. — Leiser: Súdianszappan. 135—137. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság 137. lap.

Vegyes hírek. 137. lap.

Tudományos társulatok. 138—140. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A typhus és a dysenteria együttes előfordulásáról.

Irta: **Galambos Arnold** dr., főorvos.

A zsvorniki járványkórházban sok beteget észleltem, a kik hasi hagymázban és dysenteriában szenvedtek egyszerre, vagy közvetlenül egymásután. Nem áll módomban mai működésem terén a két betegség különböző időrendben való kifejlődéséből eredő kórképekre vonatkozó irodalom áttekintése. Azért tapasztalataimat erre való hivatkozás nélkül közlöm, abban a hitben, hogy közülük egyik-másik különösen a mai viszonyok közt megérdemli az orvosok figyelmét.

A) *Vérhas typhus után* 41 esetben észleltem. A vérhas többnyire a typhusreconvalescentia második hetében kezdődött, hirtelen, máskor pedig jóformán észrevétlenül, a megszokott panaszok nélkül. Nagyon feltűnő az a változás, a mely a typhusreconvalescens külsejében be szokott következni, mikor a vérhas megkezdődik: az arc-szín fakóvá válik, cyanosisos árnyalattal, a szemeket mély gyűrű környezi, a test kiálló részei hidegek, a bőr száraz, turgora csökkent, redőbe szedve, perczekig redőben marad. A typhust követő vérhas prognosisa akkor is rossz, ha maga a vérhas nem súlyos, 41 esetem közül 21 halt meg, 3—4 meggyógyult, a többi későbbi sorsát a kórház evakuálása miatt nem kísérhettem figyelemmel, de közülük legalább 8—10-nek halála volt előrelátható.

A typhus és a dysenteria vegyes eseteinek felismerése nem nehéz. 3—4 eset kivételével elhalt betegek bonczoltatnak és a lelet mindig megerősítette a diagnosist. Ha a dysenteria a typhusreconvalescentia alatt szemünk előtt kezdődik, a helyzet tisztán áll. Ha azonban a beteget dysenteriával, súlyos állapotban látjuk először és anamnesis nincs, akkor a diagnosis felállítása nehezebb lehet. Ilyenkor tapasztalataim szerint útbaigazít a leírt arc, a dysenteria alatt látható typosus typhusnyelv, a sigmatáj fájdalmán kívül az ileocecalis érzékenység, a dysenteriás szék, a dysenteriás betegeknek sajátos szaga és, ha alkalom van rá, az agglutinatio vizsgálata.

Feltűnő e betegek láztalansága még olyan complicatiók mellett is, a milyen a pneumonia, egy esetben a tüdő-tályog.

Eseteim egy részében általános vízkórt észleltem, a nélkül, hogy ennek magyarázatát akár a szív, akár a vese állapota megadta volna.

B) *Typhus és vérhas egyidejű fennállását* 9 esetben észleltem. E 9 eset közül meghalt 8. Az egyetlen gyógyult eset recidiváló typhus volt, a melynek recidivájához annak tetőfokán járult a dysenteria.

Legfeltűnőbbek a typhus-dysenteria vegyes fertőzéseket követő complicatiók között a gangraenák. Typhust követő dysenteria után 3, typhust kísérő dysenteria után 9 eset közül 6, dysenteriát követő typhus után pedig 2 esetben láttam gangraenát. Ez az alsó végtagokon, egy esetben mind a négy végtagon, többnyire symmetriásan fejlődik ki, ritkán szorítózik a lábujjakra, többnyire a bokáig terjed, fájdalmakkal, paraesthesiákkal kezdődik, azután a végtagok hideggé, oedemássá válnak, s a distalis részek erős cyanosisa, végül elhalása következik be. A teljes mumificatio kifejlődését sokszor megelőzi a halál.

A typhust követő dysenteria bonczolás-leletéből kiemelendő, hogy a gyógyult typhusfekélyek közt majdnem mindig találhatók kisebb friss fekélyek, mintha a dysenteria kitörése a typhus bélbeli folyamatának recidiváját váltotta volna ki.

C) *Typhust dysenteria után* 12—15 esetben láttam. Nagyon feltűnő, mennyivel jobb a prognosis ezen egymásután esetén, mint mikor a dysenteria typhushoz járul vagy azt követi. Dysenteriát követő typhusos betegek fele meggyógyult, másik felét a kórház evakuálása folytán elvesztettem szem elől. Az volt a benyomásom, mintha a dysenteria elszívódása után 2—3 héttel következő typhus lázgörbéje sokkal gyorsabban érné el maximumát, mint rendszeren és gyorsabban esnék le tetőfokáról a normalis temperaturáig. Eseteim közt aránylag sok volt a 10—14 nap mulva bekövetkező recidiva. A gyors emelkedés és gyors esés folytán ezen recidiváló esetek lázgörbéje némileg a febris recurrensére emlékeztetett.

Közlemény a báró Herczel tanár vezetése alatt álló Mária Terézia-
téri hadikórházból.

Adalékok a hadi sebkezeléshez, különös tekintettel az ultraviolett sugarak hatására.

Közli: Kovács József dr., osztályos orvos.

A nélkül, hogy a sebkezelésnek, különösen pedig a hadi sebkezelésnek általános elveit — melyekre nézve ma sehol sincs nézeteltérés — érinteni akarnám, néhány éppenséggel nem új, de talán mégsem eléggé közismert kezelésmóddal óhajtanék foglalkozni, melylyel a báró Herczel tanár vezetése alatt álló hadikórház egyik osztályán gyakran észleltünk igazán meglepő és épp ezért közlésre érdemes eredményt. Tapasztalatokról van szó, melyeknek szigorúbb tudományos megalapozásától és értékelésétől ezúttal már az észleletek befejezetlen volta miatt is el kell állanom. Célom főleg az, hogy az érdeklődők figyelmét hasonló kísérletek végzésére felkeltsem és a mennyiben jónak bizonyulnak, őket men-
nél szélesebb körben való alkalmazásukra birjam.

Vonatkoznak ezen észleletek elsősorban a *fagyások*, kivált a másod- és harmadfokú fagyási sebek kezelésére, a mikor is a bőr kékes-fekete színe, vizenyős duzzanata, hólyagzottsága és teljes érzéstelensége kifejezői annak a destruktív folyamatnak, mely a cutisra és igen gyakran a mélyebb szövetekre is kiterjed. Az esetek súlyosságának megítélése a priori igen nehéz, mert rendszerint nem befejezett körkép-
pel, hanem egy lefolyásban levő processussal van dolgunk, melyben a természetes gyógyulás vagy pedig az üszkösödésbe való átmenés sok tényezőtől s ezek között nem kis mértékben attól függ, mily gyógyító eljárást indítunk meg. Az osztályunkon észlelt eseteinkben ugyanis gyakran láttunk kisterjedelmű, egyes ujjakra vagy bőrszigetekre kiterjedő fagyásokat, melyekben a szokásos száraz meleg kezelés mellett is a folyamat tovaterjedése, kötőszöveti lobok s nem ritkán sepsis lázát következett be, melyek kedvező esetben is nagyobb beavatkozásokat és hosszú sebkezelést igényeltek. Viszont észleltünk néhány az egész talpra és a lábhát nagy részére kiterjedő bullosus, gangraenás fagyásokat, melyeknél a hólyagok felrepedése, illetve felrepszése után mumificatio, gyors demarkálódás és az elhalt részek eltávolítása után a sebfelületek tisztulása következett be. Kiviláglott ebből, hogy a sérült szövetek kiszáradása, mumifikálása adja a legjobb esélyeket a gyors és zavartalan lefolyásra és hogy az epidermis az, mely impermeabilis lévén, legnagyobb akadálya ennek a kiszáradásnak.

Ez bírt arra, hogy a már a 70-es években Billroth által említett és újabban a breslaui sebészeti klinika¹ által ajánlott lehántását az epidermisnek rendszeresen végezzük nemcsak ott, hol nagyobb szövetlaesiók folytán minden valószínűség szerint üszkösödés volt várható és hol a lehántással majdnem minden esetben sikerült száraz üszkösödést létrehozni, hanem másodfokú fagyás eseteiben is, melyekben a hidegbehatás csak a cutisban okozott keringési zavarokat vagy rosszabb esetben szövetelhalást. Ez a lehántás teljesen fájdalommentes és a legtöbb esetben könnyen végezhető, mert az alatta levő több-kevesebb véres-savós transsudatum az epidermist rendszerint leemelte a cutisról.

Az így szabaddá tett cutis folyadék-leadóképességét fokozzuk még 2—3 napon át alkalmazott 50%-os alkoholkötéssel, utána pedig dermatolt, állati szentet vagy közönséges talcumot alkalmazunk mindaddig, míg az elhalt részek teljesen elhatárolódnak. Lehántás után a fájdalom teljesen megszűnik, a hőmérsék normalisra száll alá és a betegek teljes euphoriában várhatják az időpontot, melyben a mortifikált részek eltávolíthatók lesznek. Ez az időpont az elhalás terjedelme szerint 1—2 hét alatt szokott bekövetkezni.

Terjedelmes duzzanat esetén, midőn nagymérvű venosus pangás és ennek következtében a szöveteknek véres-savós imbibálása uralkodik a körképen, az egész végtagnak suspensiójával értünk el kielégítő eredményt. Azokban az ese-

tekben pedig, midőn eljárásainkkal nem tudtuk elkerülni a necrosisos szövetek szétesését, a sebüregeknek és felületeknek a bűzös-eves elhalt szövetcsafatoktól való megtisztítására a Freund² által ajánlott mesterséges gyomorsavat (2—5%-os pepsin és 0.2%-os sósav vizes oldata) használtuk olyképpen, hogy a lehetőleg naponta kétszeri kötésváltás alkalmával vele átitatott gaze-csíkokat vezettünk és helyeztünk lazán az üregekbe, illetve sebfelületekre. Az eredmény kivétel nélkül igen jó volt.

Rövid idejű hidegbehatás után beálló felületes fagyás eseteiben, melyekben capillaris laesio folytán serosus exsudatio és ennek nyomán igen kínzó viszketés és gyakran fájdalmasság következik be, majdnem kizárólag a már régóta popularis és újabban Pribram³ által ajánlott enyvezést alkalmazzuk. Glycerin és víz sűrű enyves oldatával (glycerin 500, víz 350, enyv 150) bekent vászonlebenynyel fedjük a fagyott testrészt és rajthagyjuk lehetőleg addig, míg az összes subjectiv tünetek elmúltak. Ez a módszer oly jól bevált, hogy eddig nem volt okunk változtatni rajta.

Az elhalt részek eltávolítása után a legtöbb esetben nagy bőrhányt és nagy sebfelületet kaptunk, melynek gyógyítása újabb feladatok megoldását követelte. Az elcsigázott, elgyengült betegeken a Thiersch-féle bőrimplantatio, mint azt nem egy esetben tapasztaltuk, nem kecsegtet sok reménnyel. A kísérletképpen felváltva alkalmazott nedves, száraz és kenőcsös sebkezelés sem járt oly eredménnyel, hogy a sebfelületek behámosodását egyhamar várhattuk volna.

Ekkor jutottunk arra a gondolatra, hogy a Bach-Nagelschmidt-féle *quarzlámpával* tegyünk kísérletet, melyet kivált gümőkóros csont-, mirigy- és bőrbajokban a Rókus-kórházban közel két éve, magam is egy éve alkalmazunk s melynek hámosító hatásáról számtalanszor volt alkalmunk meggyőződni. E lámpának leglényegesebb része egy olvasztott kvarzból készült tartály, melyben kénese van. Nagy feszültségű villamárámot vezetve a légüres tartályon át, a kénesezők izzóvá válnak és nagymennyiségű ultraviolett sugarakat bocsátanak ki magukból, ugyanoly sugarakat, mint a milyeneket a napfény is tartalmaz és a melyekkel Rollier oly fényes eredményeit érte el tuberculosus csont- és ízületi bajokban. E sugarak vegyi sugarak és tisztán felületes hatásúak. Localisan a bőrben activ vérbőséget, a bőr táplálkozási viszonyainak javulását, általában pedig az anyagcsere élénkülését és közvetve az általános erőbeli állapot javulását idézik elő.

A besugárzás technikája igen egyszerű és kellő utasítás és ellenőrzés mellett az ápoló személyzettel is végeztethető. Localis alkalmazáskor a lámpa és besugározandó testrész közti kezdeti távolságot többnyire 1/2 méterre, a besugárzás tartamát pedig 3—5 perczre szabva meg, a fénybehatás intenzitását részben a tartamnak 2—3 perczcel való meghosszabbításával, részben a távolság csökkentésével fokozzuk mindaddig, míg a bőr fényérzékenységét lassanként legyőzve, az időtartam maximumát: 1/2 órát, és a távolság minimumát: 10—15 centimetert elérjük. Általános, nagyobb testfelületre vagy az egész testfelületre alkalmazott besugározáskor 5 percznyi kezdeti tartam mellett nagyobb, 1—1 1/2 méternyi távolságra állítjuk be a lámpát és e távolságot lehetőleg megtartva, inkább az időtartamnak 1—1 1/2 órára vagy még többre való emelésével növeljük a sugarak hatását.

Mindkét módszerrel szükség szerint naponként vagy két naponként végeztük a besugárzást, kivéve ha erősebb reactió tünetek állottak be. Ilyenek helybeli besugárzáskor a bőr nagyfokú erythemája, oedemája és hólyagképződés, általában való hatásként pedig főfájás, roszsullét és hányásinger. Ilyenkor a kezelés 2—3—4 napra beszüntetendő, megjegyezve azonban, hogy a szüntetés ennél tovább lehetőleg ne tartson, mert a bőr újra visszanyeri fényérzékenységét és a kezelést előlről kell kezdeni. A sugarak hatásától mindenkor megvédeni tulajdonképpen csak a szemeket kell, még pedig

¹ Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 48. sz.

² Wiener klin. Wochenschrift, 1914, 52. sz.

³ Ugyanott.

lehetőleg oldalt is záró fekete szemüveggel. A többi testrész megvédése óvatos adagolás mellett szükségtelen.

Herczel tanár jóindulatának köszönhetem, hogy az osztály több mint 2 hónapja ily quarzlámpával felszereltetett és hogy ez idő alatt a fagyási sérülések után visszamaradt nagy terjedelmű bőrhíányban, de ezeken kívül égési sebekben, contusiók után visszamaradt anyaghiányban, makacs fistulosus genyedő csontsebekben, mirigyduzzanatokban, decubitusban stb. szenvedő betegek tekintélyes számát részesíthették az ultraviolett sugarak jótékony hatásában.

E hatás rendszerint már a 2.—3. besugárzás után tisztán észlelhető. Az eleinte profusabb váladékképződés után az egyenlőtlen, hol túlbujázó, hol visszamaradó sarjak helyébe egyenletesen tömött, kevés váladékot produkáló, majdnem száraz, egészséges sarjszövet lép. Ezzel együtt a sugarak hatása alatt az epithelialis sebszáron intenzív sejtszaporodás és vele a hámosodásnak szinte napról-napról követhető előhaladása indul meg. Egyik-másik betegünkön férfitenyéren nagyobb bőrfelületen 12—15 besugárzás után ujnyi szélességig hámosodtak be; egy betegen, kinek egész talpa és sarka volt lemeztelenítve, 16 besugárzás után a talp közepén teljesen összeér a két hámszél, sarkán alig van hámtalan terület, úgy hogy rövid időn belül teljes hámosodás várható. Ha hozzátesszük, hogy a hegek simák, egyenletesek, ellentállók és fájdalommentesek, ez eredményeket kritikus mértékkel mérve is fényesnek kell mondanunk.

Égési és contusiók utáni sebekben egészen hasonló eredményeket értünk el. Genyedő csontsebk, fistula eseteiben eleinte szintén bőségesebb genyefolyás indul meg, melyet csakhamar a váladék csökkenése, necrosis szövetrészek, sőt kisebb laza csontsequesterek kilökődése és általában a seb tisztulása, subjectív tekintetben pedig a fájdalmak csökkenése követ. Erősen genyedő sebeknél a genynek erősen fényreszorbeáló képességénél fogva megfelelőleg erősebb besugárzást alkalmazunk.

Az osztályra decubitusra került néhány betegnek localis és általános besugárzást applikálunk, sajnos, sokkal rövidebb idő óta, semhogy a decubitusra való hatásáról objectív módon referálhatnánk. Az általános erőbeli állapotban beállott javulást és a hőmérséknek majdnem normalisra való leszállását azonban annyira egyezőnek találtuk már régebbi, gümőkórosokon szerzett tapasztalatainkkal, hogy azokat minden objectivitás mellett is a mesterséges napfény javára írhatjuk.

Az ultraviolett sugaraknak a mirigyduzzanatokra való hatását szintén már régi kísérleteink folyamán oly kiválóan tanulmányoztuk megismerni, hogy később külön óhajtunk beszámolni róluk; itt csak annyit említünk meg, hogy két esetben ökölnyi nyaki lymphomákat 6—7 besugárzás után eredeti terjedelmük felére sikerült redukálni.

Végül röviden megemlítem, hogy a sebgyógyulás és hámosodás elősegítésére gyakrabban vesszük igénybe a Bier-féle venosus hyperaemiát és újabban a biebrichi Kalle-czég által gyártott pellidolt, leginkább 2%-os kenőcs alakjában.

Meggyőződésünk, hogy a leírt eljárásokban, főleg a quarzlámpában, oly módszerekkel és eszközzel rendelkezünk, melyekkel az említett elváltozásoknál, de talán az egész sebkezelésben is, a gyógyfolyamatnak leghatásosabb megrövidülését érhetjük el s így azok alkalmazását beteg katonáink érdekében a legmelegebben ajánljuk.

Kísérletek a paralysis gyógykezelésére.

Írta: *Fabinyi Rudolf* dr. főorvos és *Selig Árpád* dr. gyakornok.

(Vége.)

7. G. M., 33 éves, nős mázoló, családi terheltég, katona-korban syphilis, utóbb alkoholismus. 1911 nyara óta beteg. Másodszor van intézetben. Elég nyugodt, euphoriás, gyerekesen dicsekszik, erősen hanyatlott. Pupillái szabálytalanok s merevek, kifejezéstelen arc, tremor, Romberg, ataxia, akadozott beszéd. Wassermann-reactio vérben +++.

Július 14.-től 5 injectiót kap 5%-os oldatból 1—5 cm³-ig felhágó adagokban. Helyi reactio igen erős, fájdalmas, lobos. Fehér vörsejtek száma 6200-ról 9200-re nő, későbbi injectiókra még sokkal inkább: 23700-ig emelkedik. Höemelkedés eleinte erősebb, néha több napon át

38°-tól 38°5'-ig. — Testsúlya 70 kgr.-ról 81-re emelkedik. Injectio közben és után is állandóan jól érzi magát, dolgozna, de nagyzol. Wassermann-reactio a vérben negatívvá vált, Liquorban ellenben 0,2 cm³-rel az eredmény kétes, de 0,4 cm³-rel már ++. Pándy szintén kifejezetten pozitív, míg Nonne-Appelt és Ross J. csak gyengén pozitív. Továbbra is csendes, keveset foglalkozik, nagyobb fokban demens. Beszédzavara és a pupilla-reactio csekély, de észrevető javulást mutat.

8. R. F., 37 éves, nős pénzügyi titkár. 10 év előtt syphilis. 1911 nyara óta beteg, harmadszor van intézetben. Hangulata siránkozó, később derült, szellemi hanyatlás, feltűnő emlékezés-gyengülés. Pupillák gombostű-fejnyiek, alig tágulnak. Tremor, Romberg, élénk reflexek, akadozó beszéd. Wassermann-reactio vérben ++++. Július 14.-től fogva 5—6 naponként összesen 5 injectiót kapott 5%-os oldatból 1—5 cm³-ig emelkedőleg. Helyi reactio csak később erősebb. Fehér vörsejtek száma 5500-ról 14700-ig emelkedik. Höemelkedések eleinte rövidebbek, később tartósabbak, 38°2'-ig. Testsúly 86 kgr.-ról 83 és félre csökkent. Wassermann-reactio injectiók után is ++++. Állapota nem változott, nagyzási téveszmék, akadozó beszéd. November 6.-án súlyos paralyticus roham, napokon át öntudatlan, 13.-án exitus. Bonczolás mellőztetett.

9. R. G., 33 éves, nős kovács. Bátyja is paralyticus. Katona korában sanker. Mértékletes alkoholismus. 1911 óta beteg, másodszor van itt, több hónapig tartó remissiója volt. Nagy fokban demens, tájékozatlan, lehangolt. Pupillái különböznek, merevek. Arcizomzat petyhüdt, tremor, Romberg, nagyfokú ataxia, beszédzavar. Wassermann-reactio vérben ++++. Testileg elgyengült.

Július 14.-től fogva 5—6 naponként 5 injectiót kap 5%-os oldatban 1—5 cm³-ig emelkedőleg. Helyi reactio mérsékelten erős. Leukocytosis minden injectióra: a fehér vörsejtek száma 5200-ról átlag 15000-re, sőt 17500-ra emelkedik. A lázas reactiók is kifejezettek, minden alkalommal 38° felett. Testsúlya 69 kgr.-ról 71-re emelkedik. Gyenge, fekszik, továbbtartó testi és szellemi hanyatlás. Wassermann-reactio vérben és liquorban később is ++++. Nonne-Appelt, Ross J. és Pándy szintén mind erősen pozitív. Előre haladó hűdések. 1914 márczius 2.-án exitus. Bonczlelet: Pachy- és leptomenigitis. Oedema és hyperemia piaie matris. Pneumonia.

10. S. L., 39 éves, nőtlén, csendőrmester. Syphilise volt, pár hónappal beteg. Felhangolt, dicsekszik, nagyzol. Szellemi hanyatlás. Pupillái renyhén reagálnak. Leukoplakia, Romberg, patelláris reflexek hiányzanak, szótábotlás. Wassermann-reactio vérben ++++. Később igen nyugtalan. Július 14.-től 5 naponként 5%-os oldatból összesen 3 injectiót kapott 1—3 cm³-ig emelkedő adagokban. Helyi reactiója igen intenzív, kemény, lobos beszűrődés. Leukocytosis általában csekélyebb, a vörsejtek száma 4900-ról 7100-ra s később 12300-ra emelkedik. Höemelkedése tartósabb, 38° körül. Utolsó injectio után hat nap múlva 39°10'. Rendkívül nyugtalan. Injectiók kihagyattak. Wassermann-reactio ++++ marad. Súlyos izzalma egész októberig tart, azután is jökedvű, nagyzol, de nyugodtabb. Szellemileg és testileg hanyatlók.

1914 januárban megint igen izgatott, folyton gyengül, 19.-én exitus. Bonczlelet: Leptomenigitis és dilatatio ventriculorum cerebri, insufficiencia valvulae semilunaris aortae.

11. F. B., 44 éves, nős, operai karénekes. Felvétetett 1913 szeptember 25.-én. 8 hónappal beteg. 18 éves korában kenőkúrát végzett. Felvételtkor euphoriás, kritikátlan, demens. Wassermann-reactio vérben ++++. 1913 októbertől november 15.-ig tíz injectiót kapott 2 1/2%-os oldatból, 2 cm³-től 8 cm³-ig emelkedő mennyiségben. Az oltás helye mérsékelten duzzadt és fájdalmas, hőemelkedés maximuma 38°6' C., fehér vörsejtek száma 6600 és 15900 között ingadozik. A beteg az oltások után továbbra is euphoriás, dementiaja progrediál. Pupillái alig reagálnak, térdreflexek nem válthatók ki. Később állandóan nyugtalan és álmatlan. A liquor cerebrospinalissal végzett Wassermann-reactio ++++, Pándy, Nonne-Appelt és Ross J. is pozitív volt.

12. B. Z., 27 éves, nőtlén, ügyvédjelölt, 1/2 év óta beteg. 1913 szeptember 11.-én szállítottatott át a lövőház-utcai megfigyelőből, hol állítólag tuberculin-oltásokat kapott. Felvételtkor euphoriás, nagyzási téveszmék, kisebbfokú dementia. Sankerja volt. Bemondása szerint apjának is volt lues. Pupilla-differentia és merevség. Térdreflexek fokozottak. A végzett Wassermann-reactio vérben ++++. Október 1.-től november 25.-ig tíz 2 1/2%-os injectiót kapott 2 cm³-től 7 cm³-ig emelkedőleg. Az oltás helye fájdalmas beszűrődött, a fehér vörsejtek szaporulata 8700 és 17400 között ingadozott, maximális hőemelkedés 39°40' volt. Oltások után végzett Wassermann-reactio liquor cerebrospinalisból is ++++, Pándy, Ross J. és Nonne-Appelt szintén pozitív. A beteg állandóan euphoriás, beszédében szótábotlás, pupillái fénymerevek, térdreflexei spasmusosak. A beteg testileg gyarapodott. Szűleivel hosszabb idei szabadságon volt. Jelenleg is állandóan jökedvű, szellemi képességeivel dicsekszik, hűdési tünetei jelenleg is fennállanak, de dementiaja nem haladt előre.

13. R. H., 47 éves, nős, főkönyvelő. Már 1910 júniusa óta beteg. Ringer-sanatoriumban gyógykezeltek. Felvétetett 1913 szeptember 11.-én. A beteg teljesen értelmetlen, tájékozatlan, nagy fokban elbutult. Egy bátyja öngyilkos, anyja pedig elmebeteg volt. 1910 február 24.-én Hüttl tanár nyelvtől operálta (carcinoma). Ugyanekkor salvant is kapott. Pupillái renyhén reagálnak, patelláris reflexei fokozottak, járása ataxiás, beszéde akadozó. A végzett Wassermann-reactio vérben ++++. 1913 október 1.-étől november 25.-éig 10 2 1/2%-os oltást kapott 2 cm³-től 8 cm³-ig emelkedőleg; fehér vörsejtek 7100 és 19.100 között ingadoztak, maximalis hőemelkedés 38° volt, az oltás helye azonban erősen duzzadt

és fájdalmas. Az oltások alatt a beteg testsúlyában fogyott, szellemileg hanyatlik, 1914 januárjában nyugtalan, rohamosan gyengül, 19.-én exitus. Bonczolás mellőztetett.

14. Sch. Gy., 37 éves, nő, vívómester. Régebben beteg, Pécsen kezelték. Felvételt 1913 szeptember 20.-án. Izgatott, tájékozatlan, nagyzási téveszmék. Sankerja volt, csak kevés szeszes italt ivott. Wassermann-reactio vérben + + +. 1913 október 1.-étől november 15.-éig 10 $2\frac{1}{2}\%$ -os injectiót kapott 2 cm^3 -tól 7 cm^3 -ig emelkedőleg. Az oltás helye mindig erősen duzzadt és fájdalmas. Legnagyobb hőemelkedés 39°C , fehér vérszámok 4500 és 11.600 között ingadoznak. A beteg oltás után állandóan nyugtalan, álmatlan, szellemi hanyatlása progrediál. Pupillái csak minima isan reagálnak. 1914 január 3.-án a pécsi elmegyógyintézetbe szállítottatott javulatlanul.

15. G. M., 33 éves, elvált paplanos. Néhány napja vették észre rajta az elmebajt. Felvételt 1913 augusztus 8.-án. Hangulata nyomott, pupillái középtágak, szabálytalanok, fénymerevek, spasmosus térdreflexek. Wassermann-reactio vérben + + +. Október 7.-étől november 20.-áig 8 oltást kapott $2\frac{1}{2}\%$ -os oldatból 2 cm^3 -tól 6 cm^3 -ig emelkedőleg. Az oltás helye mindig fájdalmas, duzzadt, a hőemelkedés maximuma 39.9° volt, fehér vérszámok 4300 és 8500 között ingadoztak. A beteg már oltások közben is jobb kedvű, a kárpitosműhelyben dolgozott és csak az oltás napján érzi magát rosszul. Szellemileg hanyatlás nem észlelhető. November hó 24.-én javult és munkaképes állapotban az intézetből távozott.

16. Cs. O. E., 39 éves, nő, körjegyző. Néhány hete volt csak észlelhető rajta a baj. Felvételt 1913 szeptember 9.-én. Elgyengült euphoriás, emlékezése rossz; nemi betegséget tagad, némi alkoholizmust concedál; nagyfokú pupilladifferentia, igen renyhe reactio, fokozott térdreflexek, szótábotlás, ataxiás mozgások, Wassermann-reactio vérben —, de a liquor cerebrospinalisban + + +, valamint a carbol, főzési és Nonne-Appelt-próbák szintén pozitívak. Október 7.-étől november 29.-éig 10 injectiót kapott $2\frac{1}{2}\%$ -os oldatból 2 cm^3 -tól 8 cm^3 -ig emelkedőleg. Az oltások helye érzékeny, de a reactio kisfokú, maximális hőemelkedés 39°C , csak egy-két napig lázas, fehér vérszámok 6700 és 18.700 között ingadoznak. A beteg az oltások után állandóan nyomott hangulatú, téveszmék nem állanak fenn, pupillák fénymerevek, térdreflexei fokozottak. 1914 május havában kissé legyengült, enni nem igen akar, hangulata nyomott, rendszerint fekszik. Wassermann-reactio liquorban csak 0.06 cm^3 -ból + +, míg rendes mennyiségéből —.

17. P. L., 43 éves, nő, napszámos néhány napja beteg. Felvételt 1913 július 13.-án. Elég nyugodt, testi erejével dicsekszik; pupilladifferentia, renyhén reagálnak, szótábotlás, fokozott patellaris reflexek. Vértől végzett Wassermann-reactio —, liquor cerebrospinalisból pedig +, carbol, főzési és Nonne-Appelt azonban erősen pozitív. Október 7.-étől november 24.-éig tíz $2\frac{1}{2}\%$ -os oltást kapott 2 cm^3 -tól 8 cm^3 -ig emelkedő mennyiségben. Az oltás helye igen fájdalmas, igen erős lóbos reactióval. Maximális hőemelkedés 39°C , a 7., 9. és 10. oltás után láz alig volt, a fehér vérszámok 3600 és 14.300 között ingadoznak. A beteg az oltások után nyugodt, rendezett, csak bőbeszédű, állandóan dolgozik, február 20.-án végzett Wassermann-reactio a liquor cerebrospinalisból csak kiértékeléssel 0.06 cm^3 -ból + +. 1914 március 22.-én javult és munkabíróan elbocsátottuk.

18. H. A., 47 éves, nő, volt kereskedő. 1 éve beteg. Felvételt 1913 szeptember 16.-án. Nyugtalan, önvádlati és üldöztetési téveszmék hangoztat, intelligenciája csak kisfokú defectust mutat. Idegosztályon már kezelték, két testvére öngyilkos volt. 25 éves korában volt syphilise, kenőkrát végzett és jodot szedett. Wassermann-reactio vérben + + +. Október 7.-étől november 24.-éig 10 oltást kapott $2\frac{1}{2}\%$ -os oldatból, az injectio helyén igen renyhe reactio, kisfokú fájdalom, csaknem állandóan láztalan, fehér vérszámok száma 6500 és 13.300 között váltakozik. A beteg már az oltások alatt erősen lesóványodott, hangulata állandóan nyomott, ágyban fekvő, szóltalan, de szellemi képessége aránylag jól megtartott. December 9.-én exitus. Bonczoláslelet: anaemia universalis, pachymeningitis, ependymitis granulosa, carcinoma ventriculi, enteritis acuta.

19. V. K., 41 éves, nő, pénzügyőri felügyelő. Négy hónap óta beteg. Schwartzernél volt. Felvételt 1913 augusztus 13.-án. A beteg felvételkor euphoriás, teljesen tájékozatlan, közönyös, emlékezőtehetsége rossz, intelligenciája csökkent, badar nagyzási téveszmék, pupillák fénymerevek, csökkent térdreflexek, szótábotlás, nemi betegséget tagad. Vértől Wassermann-reactio —, ellenben liquor cerebrospinalisból erősen (+ + +) pozitív, valamint erősen pozitív a Pándy, Roos J. és Nonne-Appelt is. Október 9.-étől november 24.-éig 10 oltást kapott $2\frac{1}{2}\%$ -os oldatból 8 cm^3 -ig emelkedőleg. Kisfokú reactio, alig fájdalmas, maximális hőemelkedés 39° . Fehér vérszámok száma 5800 és 11.700 között ingadozik. A beteg az oltások alatt testileg gyarapszik, állandóan nyugodt, értelmesebb, december 17.-én lényegesen javult állapotban elbocsátottatott.

20. Sz. S., 34 éves, nő, járásbíró. Egy éve beteg, Ringernél két ízben kezeltetett. Felvételt 1913 október 1.-én. Nyugodt, hangulata sivár, téveszmék nem hangoztat. 10 év előtt volt lues, nem kezelték. Kisfokú pupilladifferentia, renyhe reactio. Fokozott térdreflex. Wassermann-reactio vérből —, de a Pándy-, Nonne-Appelt-, Roos J.-próbák mind pozitívok. Október 9.-étől november 3.-áig 6 hat oltást kapott $2\frac{1}{2}\%$ -os oldatból, a maximális adag 6 cm^3 . Az oltás helyén nagyfokú reactio, igen fájdalmas, minden oltás után nagy fokban elesett. Csak az 5. oltás után erősebben lázas (39.1°C). Fehér vérszámok száma 6600 és 15,900 között váltakozik. Állandóan nyugodt, rendezett, téveszmék nem

hangoztat, felvétele óta minden éjjel ágyba vizelt, de az oltások után ez kimaradt. Szellemi képességei nem hanyatlottak, testi állapota kitűnő. Wassermann-reactio utóbb a liquorból is, még 0.6 cm^3 -ból is, —.

21. F. Sz. S., 38 éves, nő, asztalossegéd, nemrég vették észre rajta az elmebajt. Felvételt 1913 augusztus 28.-án. Nyugodt, euphoriás, nagyzási téveszmék, nagyfokú pupilladifferentia, fénymerevek, szótábotlás, patellaris reflexek nem válthatók ki. Wassermann-reactio vérben + + +. Október 9.-étől november 25.-éig 10 injectiót kapott $2\frac{1}{2}\%$ -os oldatból, maximális adag 8 cm^3 . Hőemelkedés kisfokú. Az oltás helye erősen duzzadt, fehér vérszámok 3900 és 11.000 között ingadoznak, a beteg állandóan csendes, testileg gyarapszik, dolgozik. Oltás után a pupillák gombostűfejnyiek, fénymerevek, térdreflexek nem válthatók ki, Wassermann-reactio továbbra is + +, Pándy, Nonne-Appelt és Roos J.-próbák is pozitívok.

A beteg lábait ez év tavaszán több ízben megduzzadnak, mi miatt járni is alig tud. Utóbb megint erősebb, elég értelmes, bár beszédében nagy fokban akadozik, szorgalmasan dolgozik az asztalosműhelyben.

A mint láthatjuk tehát, a 21 kezelt eddigi sorsa a következő:

Elbocsátott munkaképes, lényegesen javult állapotban	3
Elbocsátott kevéssé javult	1
Elbocsátott javulatlanul	2
Meghalt az intézetben	6
Az intézetben ápolatik részben munkaképes és javult állapotban	6
Javulatlan állapotban	3

Összesen: 21

Az elbocsátott betegek további sorsa, fájdalom, majdnem egészen ismeretlen. A 3 munkaképes állapotban elbocsátott beteg közül csak egyről tudtuk meg, hogy továbbra is normálisan viselkedik és dolgozik (17. eset). A kevéssé javult elbocsátott betegről (5. eset) pedig azt az értesítést kaptuk, hogy javulása fokozódott, annyira, hogy színleg egészen normálisnak mutatkozott és szintén dolgozni kezdett. A többiről semmit sem tudunk, de valószínű, hogy a 15. és 19. esetben a betegek rosszabbul nincsenek, mivel pestiek lévén, újbóli izgatottság esetén intézetünkbe kerültek volna vissza.

A 6 elhalt beteg közül az egyik esetben (18.) a halálok nyilvánvalóan a gyomorcarcinoma volt. Nem lehetetlen, hogy carcinomának még egy esetben (13.) volt szerepe a halálos kimenetelben (mikor is a beteg előzőleg carcinoma miatt megoperáltatott és a bonczolás a család kérésére mellőztetett). A többi négy eset mind az első sorozatból való, mikor csak 5 injectiót kaptak a betegek, ezek közül egy (a 10. foudroyans lefolyásával feltűnő eset) mindössze négyet kapott s azokat sem tűrte. A még elhalt 3 beteg (2, 8. és 9. eset) pedig már évek óta paralyticus, az előrehaladt betegség minden symptomájával, úgy hogy ezeknek a kezelésétől valamit várni már eleve is alig lehetett.

Az intézetben ez idő szerint még 9-en ápolatnak. Ezek közül 3 (6., 11. és 16. eset) teljesen javulatlan: a betegségek tünetei a kezelés óta progrediáltak. Ezekkel szemben azonban hat esetben kisebb-nagyobb fokú, de határozott javulást vettünk észre. Egyikük (21. eset) most is szorgalmasan dolgozik az asztalos-műhelyben, egy másik (3. eset) időlegesen szintén ugyanott foglalkozik, bár ennél a hűdésük igen feltűnő. Legfeltűnőbb a hűdési tünetek és részben a szellemi funkciók javulása a 4. és 20. esetben, a mennyiben az ezelőtt nagy fokban elbutult, elgyengült és igen ataxiás betegek most testileg kitűnő állapotban vannak és köznapi értelemben dementiát kevéssé mutatnak, munkaképesnek azonban, minthogy egyikük járásbíró, másikuk jegyző, mégsem tekinthetők. A 7. esetben a tünetek csak annyit változtak, hogy a beteg, a ki azelőtt sokat feküdt ágyban, most állandóan fenn jár, keveset dolgoztat, de psychice változást nem igen mutat. A 12.-ik esetben az itteni kezelést Hudovernig dr. tanár úr osztályán foganatosított tuberculin-kezelés előzte meg. A kettős kezelésnek hatása csak annyiban látszik (a mennyiben ugyan annak tulajdonítható), hogy a beteg most jóval nyugodtabb, elég értelmes, de időnként kifejezetten paralyticus rohamai vannak, mikor is főleg beszédzavar áll be a betegen.

Az elért eredmények tehát alig látszanak megfelelni a hozzá fűzött várakozásoknak, de mérlegelve a körülményeket, mégsem mondhatók kedvezőtlennek, semmi esetre sem annyira, hogy a siker reményétől a jövőre már előre megvolnánk fosztva. Gyógyulást, illetve gyógyulásszerű javulást ugyan egy esetben sem sikerült elérni, de lényegesebb és hosszabb tartó javulásokat igen. Az eseteknek nagy része méltán azt a benyomást kelti a szemlélőben, hogy a paralyticus folyamatot sikerült mintegy megállítani: legalább a 3., 4., 7., 12., 20. és 21. még itt levő esetek kétségtelenül azt mutatják, hogy az injectiók alkalmazása óta a baj nem haladt előre, sőt nagy részük — a mint az különben a remissióknál történni szokott — lassú, de észrevehető javulást tanúsít. Ide tartozik még a javultán elbocsátott négy beteg is, a kik közül három olyan jó állapotban és munkabíróan hagyta el az intézetet, a milyent paralyticusokon látni csak ritkábban szoktunk.

Ezzel a tíz javult beteggel szemben áll az öt javultán beteg, kikre a kezelésnek hatása alig vagy egyáltalában nem volt és fájdalom a hat haláleset is (melyek közül azonban egy eset nem irandó a paralysis rovására.)

E tekintetben, mégis figyelembe veendő, hogy a kezelt esetek nem voltak válogatva, köztük olyanok is voltak, a kik már 2—3 éve szenvedtek paralysisben (6., 8. 9. és 13. eset), a kiknek a baja tehát olyan előrehaladt állapotban volt, hogy befolyásolni már nem lehetett és a halál a betegség rendes befejezéseként be is következett. Azt sem szabad elfelejtenünk, hogy a kezelés óta több mint egy év telt el, a mi nagyban rontja az eredményt (mert pl. 1914 januárig csak 2 beteg halt el). Ennyi ideig várni azonban szükségesnek tartottuk, hogy megbízhatóbb eredményekről számolhassunk be.

Az sem lehetetlen, hogy a felhasznált Hg Na-nuclein mennyisége volt nagyon csekély. A második sorozat betegei, kik hígabb oldatból, de több injectiót kaptak, határozottan jobban tartják magukat az elsőnél. A dosis nagyságának fokozása, valamint a többszöri injectio elé azonban meglehetősen gátat szab a szer túlságosan maró volta: a túlerős helyi és általános reactio. E tekintetben talán úgy lehetne segíteni, hogy az injectiókat nagyobb időközökben alkalmazzuk, a mivel azonban a gyógykezelés tartama tolnának ki.

Hogy az elért, bár csekélyfokú eredmények valóban a Hg Na-nuclein-kezelésnek tulajdoníthatók, arra nézve kétségbevonhatatlan bizonyítékokkal nem rendelkezünk. Még a legbiztosabb útmutatással szolgálhat erre vonatkozólag a többi nem kezelt paralyticus sorsával való összehasonlítás.

A kezelt 21 paralyticuson kívül felvettett az 1913. év folyamán a lipótmezei állami elmegyógyintézet férfi közosztályára 198 paralyticus, kik közül többen másnemű, salvarsan-, asurol- vagy enesolkezelésben is részesültek. Ezek közül 1914 júliusig elbocsátott javultán 35 (de ezek közül alig 1—2 munkabíróan), javultánul 44, meghalt 83 és az intézetben ápolatik: javult állapotban 13, javultánul 23 eset.

Összehasonlításhoz szolgáljon a következő táblázat:

	Hg. Na-nuclein- nal kezelt	Nem kezelt
	paralyticusokból %-ban	
Javultán elbocsátott	19.0	17.7
Javultánul „	9.5	22.2
Meghalt	28.6	42.0
Az intézetben ápolatik:		
javultán	28.6	6.5
javultánul	14.3	11.6
Összesen	100%	100%

A táblázat szerint a nem kezelt betegek közül jóval több bocsátott el, de sokkal kevesebb maradt vissza az intézetben, mint a kezeltékből. Utóbbi nagy részben onnan származik, hogy a kezelt betegek inkább életben maradtak. A halálozásban csakugyan nagy a különbség: a nem kezelt

betegeké 50%-kal nagyobb, mint a kezelté. A javultán elbocsátottak arányszámában nem nagy a különbség, itt a minőség volt a kezelteknél sokkal jobb. Sokkal nagyobb a különbség a javultánul elbocsátottak között a nem kezelték rovására. A kezelés után javultán visszamaradtak szintén nagy mértékben felülhaladják a nem kezeltéket, hasonlóképpen valamivel nagyobb a javultánul visszamaradtak száma is (a kik a nem kezelték sorából már nagyobb részt elhaltak). Még jobban szembe tűnik a különbség, ha az összes javultakat szembeállítjuk a nem javultakkal. A kezelt betegek között az összes javultak közel 48%-ot tesznek ki, míg a nem kezelték között csak 24%-ot, tehát éppen a felét. Ez és ahalalozási arányszám mutatja leginkább, hogy a Hg Na-nuclein-kezelés a paralyticus betegeknek nehezen tagadható előnyös hatással van.

Végeredményképp tehát kimondhatjuk a következőket:

A Hg Na-nuclein-injectiókkal kezelt paralyticusok a rendesen nagyobb számban és intenzitásban mutatnak javulást, főképpen azok, kik a baj kezdeti szakában kerültek kezelés alá.

A kezelt betegek halálozási arányszáma felényivel kisebb, mint a nem kezelté.

A kezelt eseteknek közel a felében azt a benyomást nyervehetni, mintha sikerült volna a paralyticus betegségi folyamat előrehaladását egyidőre megakasztani.

A valóságos eredmények tehát eddig még nagyon csekélyek, de bármilyen jelentéktelennek is mutatkozzanak ezek, minden kis eredmény egy-egy lépés a távolban lebegő célunk, a paralysis meggyógyítása felé!

Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Spondylitis tuberculosa

(2000 eset alapján).

Irta: Dollinger Béla dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

A Röntgen-felvétel e csigolyagyulladás kezdeti szakában, midőn csekély fájdalommal jár, alig észlelünk más tünetet, megmutatja a megtámadott csigolyacsont structurájának egyenetlenségét, contourjainak elmosódottságát és pontos felvilágosítást ad a folyamat localisatióját és kiterjedését illetően is. A Röntgen-felvételt mint a korai körjelzés segédeszközét Wullstein, Brackett és Oehlecker nem ismeri el. Velők szemben hivatkozom több évi klinikai tapasztalataimra, melyek alapján a kezdődő spondylitis felismerésére a Röntgen-felvételt szinte nélkülözhetetlen segédeszköznek kell nyilvánítanom. Hivatkozom továbbá Hänisch-nek a XVII. londoni nemzetközi congressuson (1813) előadott referatúrára is, melyben teljesen megerősíti nézetemet. Végül felhívom a figyelmet Rauenbusch Röntgen-atlaszána egy pár kitűnő spondylitis-képére, melyek szavaknál jobban igazolják a mondatokat.

Kiváló szerep jut a Röntgen-felvételeknek a tályogok és sipolyok körjelzésében is. A dorsalis csigolyafolyamatokból eredő, de gyakran nem sülyedő tályogokra a Röntgen-korszak előtt csak a bonczoláskor bukkantak. Ma már e tályogoknak a gerincoszlop előtt megjelenő ellipsis-alakú árnyékát jól ismerjük. Ezen vívmány annál fontosabb, mivel e tályogok punctiójával megszüntethetjük a gerincvelő compressióját és ezzel a paraplegiát. A Röntgen-felvételnek akkor is jó hasznát vesszük, ha a gümös folyamat kiterjedését akarjuk meghatározni. A sipolyokba fecskendezett bismuth-pasza és a tályogokba fecskendezett jodoform-glycerin árnyékát is a Röntgen-kép világosan feltünteti és ezzel a sipolyok útját és a tályogok helyét és terjedelmét pontosan meghatározza.

A II. résznek tályogokról szóló fejezetében leírt tüdőperforációs esetemet is így körjelezhettem.

Ha a felsorolt összes vizsgálati módszerekkel és fogásokkal nem tudunk biztos eredményre jutni, akkor nincs más

hátra, mint egyelőre a megfigyelés álláspontjára helyezkedni. Ha csakugyan spondylitises folyamat áll fenn, akkor ez az időszakonként megismételt vizsgálatok folyamán okvetlenül kiderül, mert a spondylitis egyik vagy másik jellegzetes tünete rövid időn belül előtérbe fog nyomulni.

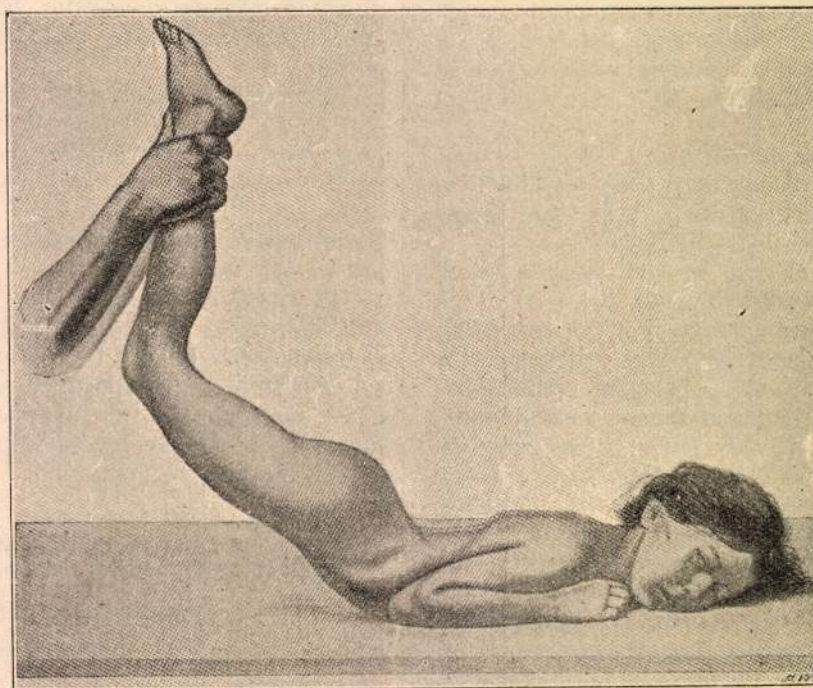
2. A differentialdiagnosis.

A gümös csigolyagyulladás kórismézésekor gyakran az elkülönítő módszereket is igénybe kell vennünk. Mert bár a

még fejlődő csigolyáit támadja meg. A baj előrehaladásával pedig előbb-utóbb a csigolyatest-devastationnak különböző anatómiai jelei és klinikai tünetei lépnek előtérbe.

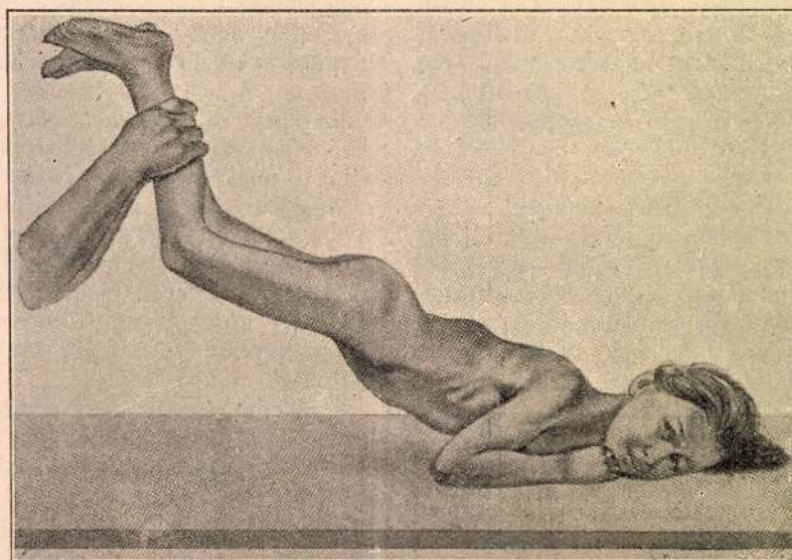
Különösen gyakran jön szóba a differentialdiagnosis szempontjából az angolkóros gerinczelgömbülés, mert e bajban az anterior-posterior síkban esetleg kifejlődő púp sok esetben okoz a spondylitises gibbushoz hasonló deformitást. Itt főleg azt kell szem előtt tartanunk, hogy angolkóros elgömbülés esetén a gerincoszlop mindig hajlékony

30. sz. ábra.



Az angolkóros gibbus a gerincoszlop reclinációjakor eltűnik. (Mouchet után.)

31. sz. ábra.



A spondylitises gerincoszlop nem reclinálható, a gibbus megmarad. (Mouchet után.)

spondylitis tuberculosusa, mint látjuk, minden tekintetben jól characterizálható kórforma, mégis lefolyásának minden szakában, de kivált az initialis stadiumban nálánál sokkal ritkábban előforduló gerincz megbetegedésekhez több-kevesebb külső hasonlóságot mutathat.

A spondylitis tuberculosa kórismézésekor általában azt kell mindenekelőtt szemünk előtt tartani, hogy lassú fejlődésű és mindig chronikus lefolyású, a gerincoszlop bizonyos szakaszára lokalizált betegség, mely főleg a fiatal egyének

marad és sohasem fájdalmas. A gibbus kórismézésekor kétes esetekben jó hasznát vesszük a következő fogásnak. A levetektetett beteget az asztalon hasra fektetjük és két lábánál fogva felemeljük. Az angolkóros gerincoszlop gibbusa ezen reclinációs mozgáskor fájdalom nélkül eltűnik. Ellenben a spondylitises gerincoszlop ilyenkor merevségénél fogva nem reclinálódik, a gibbus megmarad és a beteg azonnal nagy fájdalmakat jelez (l. a 30—31. ábrát).

A rachitises elgömbülés felismerésében még az is útba-

igazít, hogy itt rendszerint megtaláljuk a rachitis más jeleit, így például a rachitisesen deformált fejet, mellkast és végtagokat.

A *scoliosisnak* a spondylitissel való összetévesztése nem ritkaság, bár némi figyelemmel könnyen elkerülhető. A scoliosisos bordapúpot sokszor minősítik spondylitises gibbusnak, és viszont a spondylitis secundaer elferdüléseit scoliosisnak. A megkülönböztetés szempontjából tudnunk kell, hogy a spondylitises gibbus a sagittalis középsíkra symmetriás elgörbülés, míg a scoliosisos púp assymetriás lateralis vagy vegyes elgörbülés. A gibbus annyira jellegzetes kiszögellő ék-alakját a scoliosisban sohasem találjuk meg. A kifejezett spondylitises folyamatokban találunk olykor kisebb oldaldeviációkat is, de ezek mindig másodlagosak és a már jelenlévő gibbus feletti gerincszakaszra lokalizálódnak, míg a scoliosisos elgörbülés rendszerint az egész gerincoszlopra kiterjed.

Nagyfokú scoliosis eseteiben a gerincoszlop ugyan szintén merev lehet, de a spondylitisben érezhető teljes merevség sohasem észlelhető. A legfontosabb jel az elkülönítés szempontjából az, hogy *scoliosis eseteiben sohasem találjuk meg a csigolyák lokalizált fájdalmasságát*. Kezdődő és rohamosan fejlődő scoliosis esetén nagy ritkán vannak ugyan fájdalmak, de ezek az egész hátra kiterjednek és eltérnek a rendszerint egy-két csigolyára lokalizálódó intenzív spondylitises fájdalmaktól.

Megemlítem itt még a nyak-csigolyákhoz (főleg a VII. nyak-csigolyához) izesülő *álbordákat* is, melyek ugyan elég ritkák, de jelenlétükben okot adhatnak diagnostikai tévedésekre. A tévedés annál könnyebb, mert ezen álbordák gyakran súlyosabb tüneteket okozhatnak, így pl. neuritist, sympathiás idegzavarokat, paraesthesiákat és vérkeringési zavarokat. *Streissler* utalt rá, hogy ezen esetekhez gyakran társul tuberculosis. Daczára a megtévesztő momentumoknak, a Röntgen-felvétel könnyen felvilágosítást ad.

Az *aorta-aneurysmának* a gerincoszlopra gyakorolt nyomása is nagy ritkán a megfelelő csigolyák usuratiója folytán púp képződéshez vezethet (*E. Devers* 1852, *Burr* 1904). Ez esetek azonban, ép a nagy aneurysma erősen kifejezett tünetei révén, könnyen megkülönböztethetők a spondylitistől.

A *Kümmel-féle spondylitis* újabban már nem szerepel mint önálló kórkép, mert tudjuk, hogy itt rendszerint a csigolyának infractio vagy törés utáni lassú consolidatiója forog fenn. Tévedés azért lehetséges, mert itt is trauma után fejlődött chronicus folyamatról van szó, és mert a *Kümmel-féle spondylitisnek* diagnosztált és leírt esetek egy része csakugyan post-traumás tuberculosis spondylitis. E két kórképet illetőleg *Hoffa* fejezi ki legvilágosabban a különbséget. A trauma által ért csigolyák elhúzódó és makacs fájdalmassága egyszerű traumás folyamat mellett szól, a *Kümmel-féle kórképnek* felel meg. A posttraumás tuberculosis csigolyagyuladásra pedig jellegző a hosszú incubatiós időszak, vagyis, hogy hosszú idő telik el a trauma és a gibbus megjelenése között. E két kóralak gibbusa általában eltérő. A tuberculosis gibbus ugyanis hegyes, míg a *Kümmel-féle gibbus* diffúz és rendszeren több csigolyára terjed.

A *spondylitis ankylopoëtica* is könnyen elkülöníthető a spondylitis tuberculosától, mivel mindig az egész gerincoszlopot támadja meg, míg a gümös csigolyagyuladás csak egyes csigolyákra szorítkozik. A spondylitis ankylopoëticanál tulajdonképeni gibbusképződés nincs, hanem csaknem az egész gerincoszlop egy nagy kyphosisos ankylosisot ívet alkot. Továbbá a spondylitis ankylopoëticanál gyakran a csípő merevsége is fenáll és kivált jellegző még rá az is, hogy az idősebb korban jelentkezik.

A *gerincoszlop heveny fertőző csontvelőgyuladása* acutan és rohamosan súlyosbodó tünetekkel: hidegrázással, lázzal és nagy fájdalmassággal kezdődik. Gibbusképződés, tályog- és sipolyképződés, valamint bénulásos tünetek itt is fennállhatnak, mint a spondylitis tuberculosánál. A két kórkép közötti különbség a tipusos megjelenéstől eltekintve az,

hogy az *osteomyelitises csigolyagyuladás rendszerint a compact állományra lokalizálódik*, míg a spondylitis tuberculosa tudvalevőleg a spongiosus csigolyatestet támadja meg. Tályogok jelenlétében segítségünkre lehet a geny vizsgálata is. Az osteomyelitises geny vöröses színű, sűrű, gyakran eves jellegű. A mikroszkopi vizsgálat alkalmával staphylococcusok vagy streptococcusok, tuberculosis-bacteriumok azonban nem találhatók.

A *typhosus spondylitis* subacutan áll be és rendszeren enyhén és zavartalanul zajlik le. Gibbust és tályogképződést itt nem észlelünk. Döntő bizonyítékul szolgálhat a lezajlott typhus abdominalis, illetve a még kimutatható serum-reactio.

A *gummaképződés* folytán keletkezett lueses spondylitis a lues III. szakában jelentkezik és ezért itt legtöbbször megtaláljuk az alapbántalom egyéb jeleit is, így pl. a nyeregort, a bőr jellegzetes hegeit, periarthritis lueticát. Kétes esetekben a *Wassermann-féle* reactiót is meg kell kísérteni. Fontos és olykor egyedül célhoz vezető diagnostikai eszköz végül az antilueses gyógykezelés.

Az *arthropathia tabetica* gerincoszlop-alakját az idősebb korban való fejlődés, a hatalmas exostosisok és kivált a tabes általános tünetei jellegzik. A fájdalomtalan kezdet különösen karakterizálja e kórképet.

Az *aktinomyosis* spondylitistől való elkülönítés többnyire elég könnyű, bár vannak kivételesen nehezen diagnosztizálható esetek is. A folyamat rendszerint első sorban a száj- és az orrüregben fészkel be magát és a gerincoszlopot többnyire már csak folytatódó propagatio útján támadja meg, s rendszerint felszínes, sokszor azonban igen kiterjedt pusztítást végez rajta. Kétes esetekben, ha kívülről megközelíthető helyen nincs aktinomyosis, útbaigazíthat a gerincoszlop Röntgen-felvétele is, még pedig a gerincoszlopmenti sarjszövetet és hegtömeget keresztül-kasul átgátró jellegzetes üregek és járatok révén. Sipolyok fenállása mellett természetesen kétségtelenül megállapítható az aktinomyosis, ha sugárgomba-telepeket találunk a genyben.

A *gerincoszlop daganataitól* (carcinoma, sarcoma) való elkülönítés ritkán okoz nehézségeket. A daganatok rendszeren idősebb egyének gerincoszlopán fejlődnek, heves fájdalmakkal és jellegző localis oedemával (*Schlesinger*) és általános cachexiával járnak. Kétes esetekben itt is segíthet a Röntgen-felvétel, vagy esetleg a primaer daganat, illetve egy megközelíthető metastasis felfedezése.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A *typhusellenes védőoltás*, a mint ismeretes, részben helybeli, részben általános súlyos zavarokkal szokott járni. Ezek megelőzésére *Kirschbaum* az alábbi módot ajánlja, melynek lényege az, hogy az első befecskendés aránylag kevés bacteriummal történik, a második pedig csak két héttel az első után, a mikor már elég nagyfokú immunitas fejlődött ki. Az oltóanyag 60^o-on előlt, 24 órás agartenyészetek emulsiójából áll, mely konzerválás céljából 0.5% carbolt tartalmaz; köbcentiméterenként 600 millió typhusbacillus van benne. Az első adag 0.2 cm³, melyet legcélszerűbben a bal musculus deltoideusba fecskendezünk a délelőtti órákban (9—10 órákor). A második adag 0.8—1.0 cm³, a melyet legalább két heti szünet után injiciálunk. A harmadik befecskendezés ezután egy héttel történik 1.0—1.5 cm³ mennyiséggel. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1915, 8. sz.)

A *fertőző betegségek gyógyítására* az autoserotherapie elvét véli alkalmazandónak *Koenigsfeld*. Azt hiszi, hogy a fertőző betegségben szenvedő vérében jelenlevő anti-anyagok a vér megalvadása alkalmával hatékonyabbá válnak s ilyen alakban mennek át a serumba. Az eljárás nagyon

egyszerű: venaepunctio segítségével mintegy 50–60 cm³ vért veszünk a betegtől; szárazan sterilizett üvegedényben jégen tartva a vért, néhány óra múlva a savó különválik a képződött véralépénytől; leöntve és cseppenként $\frac{1}{10}$ annyi 5%-os carbol-oldatot adva hozzá, használatra kész a gyógyító anyag, melyet naponként 2,5–4,0 cm³ mennyiségben fecskendezünk be a czomb külső felületének bőre alá. 5–6 nap múlva, a mikor elfogyott a serum, megismételjük a venaepunctiót és újból készítünk serumot. Az eljárást a szerző eddig csak typhus abdominalis 18 esetében próbálta ki, állítólag sokat ígérő eredménnyel. Nagyon súlyos esetekben, a melyekben a szervezet nem tud kellő mennyiségű anti-anyagot termelni, a szerző szerint czélszerű a kezelést recon-valescens-serummal vagy pedig egy másik betegnek kellő mennyiségű anti-anyagot tartalmazó serumával megkezdni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 8. szám.)

A himlőellenes védőoltás hasznához szolgálat adatot Jaksch tanár a klinikáján 1902-től 1912-ig megfordult 13.177 beteg statisztikai feldolgozása alapján. Az eredményt a következő táblázatban állítja egybe:

Esetek száma: 13.177.

Oltva volt: 12.677.	Nem volt oltva: 500.
Megbetegedett himlőben 438 = 3,45%.	Megbetegedett himlőben 358 = 71,6%.
Nem betegedett meg himlőben 12.239 = 96,55%.	Nem betegedett meg himlőben 142 = 28,4%.
Himlőhegek egy esetben sem maradtak vissza.	Valamennyi esetben himlő- hegek maradtak vissza.

Az oltás dacára himlőben megbetegedett 438 eset közül:

129 esetben a megbetegedés	több mint 10 év után történt
11 " " "	9 " " "
10 " " "	8 " " "
17 " " "	7 " " "
14 " " "	6 " " "
20 " " "	5 " " "
10 " " "	4 " " "
5 " " "	3 " " "
8 " " "	2 " " "
10 " " "	1 " " "
9 " " "	kevesebb " " "

(Mediz. Klinik, 1915, 9. szám.)

Sebészet.

A hadi sebesültek utókezeléséről tartott előadásában Spitz tanár hangsúlyozza, hogy e kérdésnek nagy socialis jelentősége van. Bár az utókezelés a gyógyításnak kevésbé érdekes része s e mellett még időtrábló is, mégis fontos, mert ki lehetünk téve annak, hogy a legkifogástalanabbul gyógyult végtag utókezelés nélkül hasznavehetetlen marad. Ne szabadságoljuk a beteget utókezelés nélkül, mert esetleg merev végtaggal fog visszatérni. Az utókezelés megkezdéséig nem szükséges a seb teljes begyógyulását megvárni, a végtagot már korán mozgathatjuk.

A végtag működésképtelenségének oka többféle. Beállhat az ízület széttronsolódása miatt. Az ízületet ért lövések, kivált ha elgenyednek, rendesen merev helyzetben gyógyulnak, ugyanez következik be a simán gyógyuló ízületi lövések után is, ha nagyobb dislocatio vagy túlságos callus-képződés jött létre. A Röntgen-vizsgálat eloszlát minden diagnositikai nehézséget. A lágyrészek okozta akadályt a forró levegőnek és a diathermiának alkalmazásával szüntetjük meg.

Ha az ízület tokjának és az ízület körüli lágyrészeknek heges zsugorodása esetén a mechanotherapia nem hozná meg a kívánt eredményt, a képző-műtétek (inmeghosszabbítások, inmetszések stb.) jönnek figyelembe. Az inak folytonosságának megszakítása esetén ezt helyre kell állítani. Idegsérülés

eseteiben az elektromos árammal való vizsgálat pontosan megmutatja, hogy az illető ideg folytonossága teljesen meg van-e szakítva vagy csak részben, továbbá, hogy mely pályák maradtak épségben s hogy a bénulás fokozódik-e, változatlan marad-e vagy javul? A míg az ideg vezetőképessége helyreáll, az izomzat degenerációját villamozással akadályozzuk meg. Ha a vezetés nem áll helyre, a sérülés helyét felkeressük s ekkor folytonosság-megszakítás esetén másodlagos idegvarrást vagy heges összenövés esetén ideg-felszabadítást stb. végzünk.

Gyakran válik szükségessé az amputált végtag re-amputálása oly czélból, hogy a végtagot osteoplastikával vagy lágyrész-áthelyezéssel hordozóképpé, használhatóvá tegyük a művégtag számára.

A teherviselő művégtag egyszerűbb, olcsóbb és sokkal könnyebb, mint a tehermentesítő, melyben mivel a csont mintegy fel van függesztve, később elsovad, s minthogy támaszpontja alig van, csak nagy erőfeszítéssel használható.

Ne higyük, hogy a művégtag annál jobb, minél komplikáltabb s minél jobban közelíti meg a normalis anatómiai viszonyokat. A prothesis legyen egyszerű, könnyű, szilárd és olcsó. A Hoeftmann-féle műláb a csontot körülvevő egyszerű tokból áll, melyről oldalt aczélsínnek futnak a talp felé, a hol kengyelszerűen végződnek. E kengyelre egy a lábhoz hasonló görbületű lemez van erősítve, melyre cipőt lehet reá húzni.

A felső végtag prothesisére is vonatkoznak a fentebbi kívánalmak. A művésziesen kidolgozott prothesiseknél sokkal czélszerűbb az olyan, a mely egy tokból áll, a melyen csavarok segítségével különböző eszközöket lehet megerősíteni. Hoeftmann egy beteget ily prothesis segítségével enni, keveset dolgozni, sőt még írni is megtanult. (Wiener med. Wochenschrift, 1915, 3. sz.)

M.

A perubalzsamot genyes sérülés 600 esetében használta Grunert és azt tapasztalta, hogy e régi, kitűnő, de kissé drága antisepticum kivált fistula és nagyobb tályogüreg meg-tasak jelenléte esetén — a melyeket különben fel szoktunk tártani és nyitva kezelni — a genyedést sok esetben megszüntette. A szerző azonban figyelmeztet arra, hogy a perubalzsamot óvatosan használjuk, mert számos betegén — előtte ismeretlen ok folytán — a sebben capillaris vérzést idézett elő, jöllehet vegytiszta balzsamot használt. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 7. sz.)

M.

Húgyszervi betegségek.

A colliculitistről ír G. La Virghi. Az ondódomb gyulladására lehet primaer, valamint secundaer is. Az elsőt többnyire bacteriumok okozzák, melyek vagy a vérpálya útján, de lehet, hogy a vizelettel is, a vesékből avagy a húgyhólyagból, odasodortattak. A masturbatio, alkoholismus stb. által okozott congestio rendkívül kedvez a bacteriumok megtelepedésének. Mint kóroktani momentumokkal nagyobbára staphylococcus és streptococcusokkal, de legfőképpen a colibacillussal kell számolnunk. A secundaer folyamat legtöbbször kankós eredetű urethritis posteriorinak avagy hólyaggyulladásnak a következménye.

Az endoszkopban az ondódombot duzzadtnak, hyperaemiásnak s oedemásnak látjuk; fekélyesedés nincsen. A colliculitis rendszerint ugyanazokat a tüneteket idézi elő, mint a cystitis, úgymint gyakori vizelés-ingert, fájdalmat különösen a vizelés végén s pyuriát. A legfőbb tünet az éjjel-nappal szüntelenül fennálló vizelés-ingert. A fájdalom sokszor már a vizelés elején kezdődik, a mictio folyamán fokozatosan erősödik és a végén tartós égés-érzésbe megy át, mely a hátulsó húgycsőből kiindulva a gáttájékra, a herezacskóra s fel a végbélnyílásig húzódik.

Primaer colliculitis esetén az első vizeletrészletben fonalakat találunk, míg a második részlet tiszta; a secundaer folyamatokban a vizeletlelet a primaer betegséghez igazodik, de az első vizelet csaknem mindig zavarosabb, mint a második. Ritkább esetekben a vizelés elején beálló haematuria

is jelentkezhetik. Biztos diagnoszt csakis a húgycsőtükrözéssel állíthatunk fel. Az onódomb-gyulladás rendszeren sokáig tart; a 2—4 hétig tartó heveny és stadiumot rendszeren egy hónapokig elhúzódó időszüti állapot követi, mely alatt a működés-zavarok ugyan már lényegesen csökkentek, de a gyakori vizelési inger s a mictio utáni égető érzés a húgycsőben — mely tünetek a beteget rendszeren leginkább kínozzák — makacsul még jó sokáig eltart. Rendszeres kezelés s megfelelő életmód mellett azonban a beteg teljesen gyógyul a bajából. A therapia a néha szükségessé válható általános tonusozó medicatio és vizelet-fertőtlenítő gyógyszerek alkalmazásán kívül legfőképpen az onódomb helyi kezeléséből, vagyis a colliculusnak 10—20%-os lapisoldattal avagy jodtincturával való ecseteléséből fog állani. (Revue clinique d'urologie, 1914, I. köt.) *Drucker.*

Psychologia.

Az elmúlt idő hosszának utólagos megbecsüléséről közöl adatokat *Kollarits Jenő*. Tapasztalatait betegein szerezte, a kiktől későbbi jelentkezésükkor az első bemutatkozás idejét kérdezte meg. A betegek két részre oszlanak. Azok, a kik a kérdéses datumot más betanult időponthoz kapcsolják, részben nem tévednek, részben ha tévednek, rövidebbre becsülik a lefolyt időt a valóságnál. Azok, a kik ilyen támaszponttal nem rendelkeznek, átlag kb. $\frac{1}{5}$ -del rövidebbnek gondolják az elmúlt idő hosszát. Dementia paralytica 200%-ra is menő túl- vagy alábecsülést mutat. A külső körülmények miatt félbemaradt munka adatai nem elegendők annak a megítélésére, hogy a fenti általános szabálytól és a tévedés százalékarányától vannak-e és milyen méretű és milyen okból eltérések. A kórtörténet fölvételekor czélszerű nem azt kérdezni, hogy „mennyi ideje” áll fenn valamely tünet, hanem, hogy „mikor keletkezett.” Feleletül datumot kell kérni és azt valamely családi vagy más eseményhez kell kapcsoltatni. (Wien. klin. Wochenschr. 1915. 1. sz.) *Autoreferatum.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az endemiás cretinismus gyógyítására *A. Oswald* docens (Zürich) a *thyakrint* (tisztá jodthyreoglobulin) ajánlja, mint a melylyel sok esetben bámulatos eredmény érhető el. Megjegyzí, hogy a hidegebb időszakban kevésbé jól hat, és hogy néha 1—2 hónap is eltelik, míg a hatás beáll. Valamelyes káros hatása e szernek sohasem mutatkozott. Legjobban reagálnak rá azok az esetek, a melyekben nincs struma. (Schweiz. Korrespondenzblatt, 1914, 43. szám.)

A sudian-szappan nem más, mint káliszappan, mely 17% sapent és 3% sulfur praecip.-ot tartalmaz és valamilyen közömbös illóolajjal van szagosítva. *Leiser* ajánlja a közönséges káliszappan helyett bedörzsölésre gyermekkori scrophulosis és tuberculosis eseteiben, mert nem okoz ekzematát, mint a közönséges káliszappan. Kávéskanálnyi dörzsölendő be erőlyesen minden nap. (Medizin. Klinik, 1914, 48. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 9. szám. *Szécsi Jenő*: A typhus abdominalis gyógyítása Besredka-féle vaccinával. *Csernel Jenő* és *Márton Adolf*: A hasi hagymáz gyógykezelése nem sensibilizált vaccinával.

Budapesti orvsi ujság, 1915, 9. szám. *Sigmund József*: A besztercebányai katonai tartalék-kórház I. sz. sebészeti osztályának működése. *Turán Géza*: A hyperol.

Vegyes hírek.

Választás. *Uhrmann Henrik* dr.-t nagybecskői körorvossá választották.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről 1915 február hó 15.-étől 21.-éig 18 cholera megbetegedést jelentettek, melyek közül 5 végződött halálosan. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: *Városok*: Budapest 2, Miskolcz 5. *Vármegyék*: Bács-Bodrog vm.: Csonoplya 1, Szentfűlöp 3, Bogyán 1, Ujverbász 1; Bereg vm.: Munkács 1; Borsod vm.: Mezőnagymihály 1; Heves vm.: Hatvan 1;

Sáros vm.: Eperjes 2. A megbetegedések közül 11 az északi harcztér-ről érkezett katonák, 7 pedig a polgári lakosság között fordult elő.

Meghalt. *Simenszky Sándor* dr., Igló város nyugalmazott tisztiorvosa, tiszteletbeli megyei főorvos, 79 éves korában. — *Prowazek* tanár, a tropusi betegségek tanulmányozására Hamburgban felállított intézet osztályvezetője, 40 éves korában február 17.-én kiütéses typhusban, a melyet a kottbusi orosz fogolytáborban szerzett, a hová e betegség leküzdésére küldötték ki; az elhunyt főleg a protozoonok tanulmányozása terén szerzett nagy érdemeket. — *A. Birnbacher*, a szemészet rendkívüli tanára Grácban, 66 éves korában február 24.-én.

Személyi hírek külföldről. *W. Winternitz* tanár, a hydrotherapia nagymestere, március 1.-én érte meg 80. születésnapját. — *O. Bergmeister* bécsi szemésztanár a napokban lett 70 éves. — A bécsi egyetemen *S. Fraenkel* dr.-t az orvosi chemia, *W. Türk* dr.-t a belorvostan és *R. Maresch* dr.-t a kórbonczolástan rendkívüli tanárává nevezték ki, *J. Zoppert* (gyermekorvostan), *J. Fabricius* (gynaekologia), *L. Freund* (dermatologia), *R. Kienböck* (röntgenologia), *M. Oppenheim* (dermatologia), *H. Lorenz* (sebészet), *E. Stransky* (neurologia) és *J. Wiesel* (belorvostan) magántanároknak pedig a rendkívüli tanári czímet adományozták.

Hírek külföldről. A bécsi egyetem orvosi kara azon alkalomból, hogy Bécsben himlőjárvány uralkodik, sürgős felterjesztést intézett február 20.-án a vallás- és közoktatásügyi minisiteriumhoz, a melyben kéri, hogy hasson oda a minisiterium, hogy Ausztriában is kötelezővé tegyék a himlőoltást.

A marienbadi orvosi üdülő-otthon (Aerzteheim) májustól szeptemberig Ausztria-Magyarország és a Német birodalom orvosai számára 50 szabadhelyet bocsát rendelkezésre; ebben bennfoglaltatik: az orvosi otthonba felvétel egy hó tartamára (csekély fentartási járulék fizetése ellenében), a gyógy- és zenedij alóli felmentés, szabad fürdőhasználat, árkedvezmény vendéglőkben és színházakban stb. Pályázók (csakis orvosok) szíveskedjenek azon hó megjelölésével, melyben a szabad helyet igénybe venni óhajtják, kérvényeiket f. é. március 30.-áig beküldeni. Az egyesület tagjai (az egyesületi tagdíj legalább 5 korona) az alapszabályok 8. §-a szerint a helyek betöltésekor előnyben részesülnek. Orvos felesége csakis férje kíséretében és annak ápolása céljából nyerhet felvételt. Különösen azon orvosokat veszik figyelembe, kik a jelenlegi háború alkalmából kifejtett tevékenységükből kifolyólag betegedtek meg és kiknek harczti sebesülés, rheumas megbetegedés, szív-affectio stb. folytán lápfürdőkre, szénsavas fürdőkre stb. szükségük van; ezek felvétele már most megtörténhetik. Kérvények, kérezősköndések és belépő-nyilatkozatok (visszboríték melléklendő) a következő címre küldendők: *Vorstand des Vereines „Aerztliches Erholungsheim“ in Marienbad.*

Lapunk mai számához a *Dr. Wander* részvény-társaság Budapest 100 Kereszturi-út 30-32 *Ovomaltine* című prospektusa van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01. Sebészeti osztály vezetője: *Dapsy Viktor*, v. egyet. tanársegéd, Belgyógyászati osztály vezetője: *Dr. Dolcsko János*, főorvos. Nőgyógyászati osztály vezetője: *Dr. Schmidlechner Károly*, egyet. magántanár.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvételnek férfi- és nőbetegek négygyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forróleghűszülékek, frigoritherapia, fürdők. Kosmetikai eljárások és műtétek.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospektus.

Orvosi laboratorium Vezető: *Dr. VAS BERNÁT*, Poliklinika, Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. **fekvő betegek is felvétetnek.**

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. *Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis* stb. ellen. —

Orvosi laboratorium: VII., Király-utca 51. Telefon 157-71.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäde-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium

UJTÁTRAFÜRED. Fekvő- és hízaló-kúrák

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: IX. hadsebészeti értekezéslet. 138. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1915 január hó 16.-án). 139. lap.

IX. hadsebészeti értekezéslet.

Goldzieher Vilmos: A lövés okozta orbitalis sérülésekről.

Az előadó csak azokra az esetekre szorítkozik, melyekben a bulbus ép maradt, a bulbus tehát nem szenvedett közvetlen sérülést. Magától értetődik, hogy ha egy lövedék az orbitalis falazatokat vagy széleket éri, annál kisebb pusztítást végez, minél tompább szögben éri az orbita sagittális tengelyére a csontokat.

Az orbitalis lövési sérülések három típusát lehet felállítani, és pedig:

1. Olyan esetek, a melyekben a lövedék függőlegesen a halántékra jut be. A lövedék erejétől függ, vajjon az orbitában megakad-e, vagy a másik orbitát is átfúrja. Ilyen eseteket elég gyakran látunk békeidőben: öngyilkossági kísérletek után, a mikor a revolvergolyó nem az életet, hanem a szemek világát oltja ki. Csak nagyon ritkán fordul elő, hogy az orbitákon keresztülmenő golyó az egyik vagy mind a két látóideget megkíméli és a látás kisebb-nagyobb töredéke megmarad.

2. A második csoportban a golyó csak az orbitalis csontokon végez pusztításokat, a bulbust, valamint az orbita lágyrészeit megkíméli.

3. A harmadik csoportban a lövedék az orbita széle alatt vagy felett hatol be és *ferdén* keresztezi azt, megkíméli a bulbust, de sokszor tönkreteszi a nervus opticust. Az is megeshetik, hogy repedések jönnek létre a koponya alapon, a minek szintén rossz következményei lehetnek a látóidegekre nézve (vérzések, a látóideg hüvelyei közé direct sérülések lepattant csontszilánkok révén stb.), nem is számítva azt, hogy az alulról felfelé (a járomívtól a homlok felé) hatoló lövedékek az agyvelőbe is hatolhatnak és közvetlen halált okozhatnak.

Ha azt mondta, hogy az orbitalis lövési sérülések mind a három csoportjában a szemteke teljesen ép maradhat, ez csak a külső formára vonatkozik, mert a szemtükri vizsgálat az esetek túlnyomó számában igen súlyos elváltozásokat talál, melyek annyira jellegzetesek, hogy később az anamnesis ismerete nélkül is felismerhetjük, hogy valamikor lövés okozta sérülés történt. A szóban levő szemtükri elváltozást *chorioretinitis sklopetariának* nevezte el.

Az elváltozás a lefolyt esetekben abban áll, hogy tiszta töröközegek mellett chorioretinitis plastica termékei vannak jelen, még pedig igen kiterjedt pigmentgócok és némelykor óriási, egészen fehér, inszerű kötőszövet-sarjadzások és kérgesedések, melyek a szemfenék nagy részleteit fedik. Sokszor olyan vastagok, hogy az üvegtestbe emelkednek. Ezeket a fehér felrakódásokat a szemtükri-részlet első korszakában tévesen típusos érhártyarepedéseknek tekintették.

Sokan azt hitték, hogy a leírt felrakódások nagyobb vérömlenyek származékai, a mi téves, mert a direct észlelés (a mire békeidőben inkább van alkalom, mint a háborúban) azt mutatja, hogy a vérzés felszívódása után kiterjedt chorioretinitis van jelen, a miből a leírt inszerű felrakódások és kérgesedések fejlődnek. Semmi esetre sem hasonlíthatnak a leírt képződmények azokhoz, melyek az erek kóros volta folytán támadt retinalis vérzések után (syphilis, arteriosclerosis) fejlődnek.

A jellegzetes kórkép létrejöttét következőképpen értelmezi:

Állatkísérletekből tudjuk, hogy a szem mögötti verőerek (hátsó ciliaris erek) átmetszése rendszeren jellemző folyamatot idéz elő. Véleménye szerint az arteriák izolált átmetszése a ciliaris idegek kiméltése nélkül teljesen lehetetlen. Tehát azt hiszi, hogy a lövési sérülés következtében a szemteke hátsó polusán belépő arteriák és idegek sérülése jön létre, mely egyrészt a szemfenék táplálkozását zavarja, másrészt azonban az idegek laesiója folytán trophiás befolyások is ér-

vényesülnek, a mely tényezők összterméke a szemfenék jellegzetes képében nyilvánul.

Az alábbi három eset az orbitalis lövési sérülések leírt három típusát klasszikusan demonstrálja.

a) 20 éves férfi. 9 mm.-es golyó fúrta át mind a két orbitát. A bal halánték bőre alatt megakadt a löveg és extra-háttatott. A jobb szem chorioretinitis plastica; 4 méterről olvas ujjakat, A bal szem ép.

b) Román katona, ki három hónappal azelőtt Galicziában megsebesült (srpnell). Nagy defectusok az alsó orbitalis szélén. Exostosis. Óriási hegek a bal járomív tájékán és a pofán. A bulbus külsőleg teljesen ép, de a szemfenék legnagyobb részében chorioretinitis plastica látható. Teljes amaurosis.

c) Magyar katona, ki Galicziában sérült meg. A golyó a bal szemöldök felett (a glabella táján) jutott be s a bal járomív felett lépett ki. Látás: egy méterről lát ujjakat. Szemtükri lelet: ischaemia retinae alapuló retinalis elhomályosodás; az ok legnagyobb valószínűséggel vérkeringési zavar a látóideg ereiben nagyfokú ideghüvelyvérzés következtében.

Goldzieher Vilmos: Operatív eljárás blennorrhoeás (gonorrhoeás) szaruhártyafekélyek ellen.

Eljárását, melyet évek óta gyakorol és melyet annak idején a heidelbergi szemészeti congressuson is ismertetett, egy hadi eset alkalmával újra a tagtársak figyelmébe ajánlja. Látszólag már elpuhult vagy szétesésnek indult blennorrhoeás (gonorrhoeás) szaruhártyák a *conjunctivalis plastika* módszerrel még megmenthetők.

A módszer abban áll, hogy alkalmas helyen és módon a conjunctiva bulbiból lefejtett lebeny a cornealis anyagihiányra huzatik és azután a szomszédos és kellőképpen előkészített conjunctivával varratokkal rögzítetik. Minthogy a cornealis szétesés rendszeren a blennorrhoea genyes szakában áll be, kényszerítve vagyunk a plastikai operációt a genyfolyás daczára is végezni. Az operatio menete a következő: Mély chloroformnarcosis. A kötőhártyazacsó alapos kiöblítése gyenge kaliumhypermanganicum-oldattal, míg a kifolyó víz már nem tartalmaz genyes csafatokat. Azután következik a lebeny lefejtése, a szaruhártyára való felhúzása és gondos fixálása. Kétoldali szemkötés 2—3 napon keresztül, később nitras argenti-ecsetelések.

A módszer célja az, hogy a cornealis anyagihiány a conjunctivalis lebennyel való befedés révén jobb táplálkozási viszonyba kerüljön. Megjegyzendő, hogy a szaruhártya szövettani tekintetben a conjunctivából származik és hogy ennek következtében már biológiai okokból is ajánlható a leírt plastikai eljárás.

A bemutatott esetben (lengyel katona) a cornea megmentése a leírt műtéttel kitűnően sikerült.

Paulikovits Elemér: A nervus ulnaris, medianus és radialis varrata.

S. J. huszonkét éves gyalogos augusztus 21.-én sérült meg. A bemeneti nyílás a hát jobb felén a lapockavonalban a IX. borda magasságában, a kimeneti a vállcsúcs alatt három haránt ujjnyira. Közvetlenül a lövés után kifejezett plexusbénulás. Felvétel augusztus 24.-én. Reactionentes gyógyulás. Augusztus 29.-én behatolás a hónaljárokban. Az idegtörzsek felkeresése. A nervus medianus villája alatt 1 cm.-nyire körfogatának $\frac{2}{3}$ részére kiterjedő folytonosság megszakadás. A nervus ulnaris ugyan magasságban kendermagnyi likszerű sebzés. A nervus radialis 1 $\frac{1}{2}$ cm.-rel mélyebben teljes folytonosság megszakítás. A csontok között 1 és $\frac{1}{2}$ cm.-nyi diastasis. Mindenekelőtt a nervus ulnarist láttuk el áttört finom catgut- és három perineuralis érvarró selyemvarrattal. Most a nervus radialis csontjait felfrissítve,

az idegrostok pályáinak szem előtt tartásával a fenti módon egyesítettük azokat. Varrataink biztosítására a hónaljzsiradékot használtuk fel. A végtagot a könyökizületben derékszögben behajlítva, a kéztőizületben maximalis kézhatáji hajlásba hozva, gipsz-sínben fixáltuk. A műteti sebzés reactionmentesen nyolczadnapra gyógyult és tizenegyednapra észleltük az idegműködés első tüneteit, a mennyiben ekkor az ujjakon csekély nyújtás volt már észlelhető. Kezdetben a harmadik ujj, később fokozatosan a többi ujj kezdett mozogni. Tizenkilenczednapra a beteg felkarját is kezdte már kissé emelni. Huszonharmadnapra a könyökizület activ mozgatasának nyomai látszottak már. Az ujjak nyújtása ekkor már szembetűnő volt. A további kezelés folyamán massage, mechanotherapia, villamos és fürdőkezelés mellett a beteg állapota lassanként annyira javult, hogy, a mint azt a bemutatott betegen láthatjuk, a felkar active már jól emelhető. A könyökizület activ hajlítása a rendesnek egyharmadáig lehetséges, az alkar pronatioja és supinatioja is kivihető és az ujjak activ nyújtása is elég jól látható. Az ujjak hajlítása teljes. A hüvelykujj abillat adductioja is elég jól látható már. Reméljük, hogy a további kezelés mellett néhány hónap mulva teljesen helyre fog állani az idegműködés.

Paulikovits Elemér: A nervus radialis varratának két esete.

1. G. J. 27 éves gyalogos október 21.-én sérült meg. Felvétel október 27.-én. A bemeneti nyílás a jobb belső felkarbüttyök fölött 10 cm.-nyire, a kimeneti a külső felkarbüttyök fölött 8 cm.-nyire. Kifejezett radialis-bénulás. November 17.-én, tehát körülbelül egy hónappal a sérülés után, műtét. Behatolás spirális metszéssel a m. brachialis és brachio-radialis között. Az ideg e hely közepének megfelelőleg folytonosságmegszakítást mutat. A felső csonk bunkószerűen vastagodott. Az alsó erősen sorvadott. A csonkokat felfrissítésük után egy átöltő finom catgut- és négy perineuralis finom selyemvarrattal egyesítettük. A varratok biztosítására a szomszédságból vett zsírlebensyt használtunk fel. A műteti sebzést rétegesen zártuk és a végtagot az előbb leírt módon gipsz-sínben fixáltuk. Reactionmentes seblefolyás. Az idegműködés első tünetei 17 nappal a műtét után az ujjak csekély nyújtásában jutottak kifejezésre. Fokozatosan alkalmazott massage, fürdők és villanyozás mellett a beteg állapota annyira javult, hogy a kéztő activ emelése és az ujjak nyújtása már jól sikerül. E mellett a hüvelykujjon az abillat adductio is kimutatható.

2. K. G., 24 éves gyalogos november 18.-án sérült. A bemeneti nyílás a bal radius fejecse fölött, a kimeneti a könyökhajlat közepén. Felvételkor — január 22.-én — gyógyult lősebzés, kifejezett radialis-bénulás. Műtét január hó 25.-én. Behatolás az előbb leírt módon. A felső csonk bunkószerűen megvastagodott, az alsó erősen sorvadott és a ligamentum annulare radiihez tapadt. Felszabadítás után felfrissítés és a csonkok egyesítése egy átöltő finom catgut- és négy perineuralis finom selyemvarrattal. A varratok biztosítása zsírlebensnyel történt. A műteti sebzést rétegesen zártuk és a végtagot az előbb leírt helyzetben gipsz-sínben fixáltuk. Reactionmentes seblefolyás után az idegműködés első tüneteit 18 nappal a műtét után vettük észre, a mennyiben ujjait ekkor kezdte kissé nyújtani. Ma, tehát körülbelül 3 héttel a műtét után a kéztő activ emelése jól sikerül és az ujjak nyújtása is csaknem teljes. Reméljük, hogy további kezelésre, néhány hónap mulva, teljesen helyre fog állni a működés.

Paulikovits Elemér: Neurolysis a n. peroneus lövés okozta sérülése után.

B. G. 23 éves őrvezető augusztus 28.-án sérült. A bemeneti nyílás a jobb térdhajlat közepén, a kimeneti a szárcapocs fejecse felett és mögött egy haránt ujjnyira. Felvétel szeptember 9.-én, tehát 12 nappal a sérülés után, a mikor a lösebzés helyén már egy-egy borsónyi, illetve babnyi hegesedés volt látható, mely a kimeneti nyílásnak megfelelően szorosan volt rögzítve az alapjához. Kifejezett peroneus-bénulás. A villamos vizsgálat alkalmával a peroneusokon csak

erős fáradós áramra jelentkeznek kisebb féregszerű összehúzóadások. Conservativ kezelésre állapota nem javult, azért október 26.-án műtetre határoztuk el magunkat. Behatolás a czomb hátulsó felszínén, a biceps femoris hosszú feje inának belső oldala felől a lábszár feszítő oldalának felső harmadáig terjedő spirális metszéssel. Az ideget a kimeneti nyílásnak megfelelő tapadó heg fűzi le, de folytonosságában sehol sincsen megszakítva. Mivel az ideg állományában hegesedés nem mutatható ki, a műteti sebet rétegesen zártuk és a végtagot nyújtott helyzetben a lábhat felé erősen felhajlítva, gipsz-sínben fixáltuk. Reactionmentes sebgyógyulás után tizenkilenczednapra észleltük az idegműködés első tüneteit, a mennyiben ekkor kezdte kissé emelni a lábfejét és már az öregujját is némileg a lábhat felé felhajlítani. Fokozatosan alkalmazott massage, fürdő és villamos kezelés mellett állapota annyira javult, hogy a lábfej activ felemelése és az öregujj lábhatáji hajlítása már elég jól sikerül, bár a járás még mindig a peroneus-bénulásra jellemző ú. n. „Steppergang“. Reméljük, hogy fokozatos kezelés mellett néhány hónap mulva teljesen helyre fog állni az idegműködés.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1915 január 16.-án.)

Elnök: Liebermann Leó.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

A typhus abdominalis gyógyítása Ichikawa-féle vaccinnal.

Korányi Sándor: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Id. Liebermann Leo: A typhusbacteriumok sensibilizálása ezidő szerint két módon történik, t. i. vagy typhusreconvalescensek, vagy pedig olyan állatok vérsavójával, a melyek typhus ellen immunizáltak. Az első módszer az Ichikawa módszere, a másik pedig Besredka-tól származik.

Theoretice a sensibilizálás célja nem világos, sőt első pillantásra felmerülhet az a kérdés is, vajon azért, hogy immuntesteket (amboceptorok) injiciálunk a beteg szervezetébe, nem csökkentjük-e a hatást talán antiamboceptorok képződése által, melyek tehát a typhusbacteriumok által termelt immuntestek védőhatását leronthatják. Igaz ugyan, hogy az antiamboceptorok képződésének lehetősége máig sincs eldöntve.

Acél Dezső tanársegéddel tehát tisztázni kívánta a következő kérdéseket egyelőre sensibilizált vérsavó felhasználásával, mert tudvalevőleg quantitativ vizsgálatokra ezek alkalmasabbak, mint a bacteriumok.

1. Immuntest (amboceptor) injiciálása vezet-e antiamboceptorképződéshez? Ezt egy immunsavó hatásának lerontásával lehet megállapítani.

2. Ha ilyen hatás nem mutatkozik, mutatkozik-e ennek ellenkezője, vagyis immunsavó injiciálása fokozza-e már magában az immuntestek képződését, mint valamilyen inger?

3. Ha ez sem történnék meg, gyakorol-e talán ilyen ingert a sensibilizált vérsavó, tehát a vérsavókkal kapcsolatban antiamboceptorok? Ezen utolsó eset felelne meg tulajdonképpen a sensibilizált typhusbacteriumoknak.

A kísérletek eredménye röviden a következő volt:

1. Antiamboceptor képződése nem mutatható ki.

2. Immunsavó befecskendése magában nem vezet amboceptor-szaporodáshoz.

3. Sensibilizált vérsavó injekciója nem vezet nagyobb amboceptorproductióhoz, mint nem sensibilizált vérsavó injekciója.

Ezekből, legalább egyelőre, azt a következtetést kellene vonni, hogy a sensibilizálás csak körülményesebbé teszi a gyógyító vaccina előállítását s hogy e helyett talán éppen olyan jó eredménnyel magukat a bacteriumokat is fel lehetne használni. Végleges ítéletet azonban mindeztideig nem kockáztatni, míg nem ismeri azon kísérletek eredményét, melyek most typhusbacteriumokkal végeztenek intézetben.

Bálint Rezső: Az I. sz. belklinikán és a vezetése alatt álló hadikórházban szerzett tapasztalatairól számol be. 51 teljesen lefolyt typhus-estéről referál. Ezek közül 33 esetet az eddig szokásos módon kezelt, de tekintetbe véve, hogy betegek a harcztéri fádalmak és nélkülözések folytán nagyon le voltak romolva, nem maradt meg a folyékony diéta mellett, hanem mint Jochmann és a német iskolák teszik, bővebben táplálta őket. Tapasztalatai a mellett szólnak, hogy a bőségesebb táplálás nem vált a betegek kárára. 33 beteg közül 4 halt meg, 3 pneumóniában, 1 bélátúródásban. A perforatio a teljes defervescencia után tíz nappal következett be. Intő jel, hogy a betegeket a láztalanság beálltával még nem lehet gyógyulni tekinteni. 5 esetben typhus-recidiva állott be. A betegség átlagos időtartama 29-5 napot tett ki, de a számítás nem lehet teljesen pontos, mert harcztérrel jövő betegekről lévén szó, nem lehet tudni, hogy a láz mióta tart.

Ichikawa előírása szerinti vaccinnal 18 beteget kezelt. Fenyvesy tagtárs készítette a vaccinát. 4 nagyon súlyos esetben az oltás ered-

ményletlen volt. Az igaz, hogy csak későn alkalmazhatták a vaccinát, a betegség 14.—15. napján. 8 esetben egyszeri, 6 esetben kétszeri oltást alkalmaztak. Az előbbi 8 közül 5 betegen tökéletes volt a siker, 3-on 2 nap alatt, 2-n 4 nap alatt állott be a teljes lázaltalanság. A legtöbb esetben 0.6 cm³ vaccinát használt. Egy esetben 9 nap alatt állott be a defervescentia, másik két esetben is lényeges javulás állott be 24 nap alatt folyt le a betegség. Általában véve, ha az abortív lefolyást nem is sikerült elérni, lényeges javulás állott be, a súlyos tünetekkel járó typhus könnyűvé vált. 6 esetben kétszeri oltást alkalmazott, mert az első oltásnak nem volt meg a kellő eredménye. Ezen esetekben az első oltás után 4—7 nappal alkalmazta a másodikát, még pedig jó eredménnyel. Ezen esetek átlagos lefolyása 19 nap volt.

Az oltottak közül kettő halt meg, mind a kettő súlyos eset volt. A halál az első esetben az oltás után 3 nappal, a másodikban 3 héttel következett be. Nem gondolja, hogy az oltás rossz befolyást gyakorolt volna.

Minél korábban kell oltani, mihelyt a diagnoszt fel lehetett állítani. Igen értékes győztényezőnek tekinti az *Ichikawa*-féle vaccinát.

Preisich Kornél: A *Fenyvesy* által *Ichikawa* leírása nyomán készített typhusvaccinát 22 esetben alkalmazta. Az eseteket nem válogatta. Ha korán alkalmazta, jó eredményeket látott. Olyan esete, hogy a vaccina alkalmazása után 24 órával lázaltalanság állott volna be, nem volt. A kedvező eseteiben is 2—3 nap kellett hozzá. Ellenben voltak olyan esetei is, hogy a vaccina alkalmazása dacára recidiva állott be. 4 esetben a defervescentia rövid idő alatt következett be. 4 esetben lényeges javulás nem állott be. Ha az első oltás nem járt sikerrel, újabb adagot alkalmazott. Voltak esetei, hol 5—6 oltást végzett és végre beállott a javulás. Ellenben voltak olyan esetei is, hol az ismételt oltás sem használt. 0.5—1 cm³ vaccinát adott pro dosi. 2 esetében a halál az oltás dacára beállott. Egyes esetekben igen nagy hőingadozásokat látott. A legmagasabb hőmérséklet 42°, a legalacsonyabb mérhető hőmérséklet 33° volt. Aggodalommal nézi ezeket a nagy hőingadozásokat. Az egyik esetben a halál 24 órával 1 cm³ vaccina alkalmazása után állott be. A bonczolás status thymico-lymphaticust mutatott. Kérdés, hogy ha a vaccina alkalmazása nagyobb mérvet ölt, nem lesz-e több ilyen eset. A nagy reactio óvatosságra int. Lehetséges, hogy sikerülni fog olyan vaccinát előállítani, hogy a nagy reakciók elmaradnak.

Korányi Sándor: *Liebermann* gondolatmenetét osztja. *Kraus* hasonló eredményeket ért el a typhus gyógykezelésében, mint a milyenről ő beszámolt, nem sensibilizált colivaccinnal. A kontroll kedvéért tartja magát egyelőre *Ichikawa* eredeti előírásához. *Preisich* eredményei a legrosszabbak. Véleménye szerint azért, mert nagy adagokat használt. *Bálint* eredményei majd olyanok mint az övéi, mert nagyjában egyenlő adagolást alkalmaztak. Ajánlja, hogy ne alkalmazzanak nagy adagokat, mert árthatnak vele. Jelentős felfedezésnek tartja az eljárást és ajánlja, hogy az igazgatótanács kezdeményezze a typhusvaccinára vonatkozó gyűjtővizsgálatokat. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

45/1915. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1200 korona évi fizetés, I. oszt. élelmezés, egy szobás bútorozott lakás a kórház épületében, fűtés, világítás és kiszolgálással. Magángyakorlatot nem folytathat.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt és 1 koronás bélyeggel ellátott kérvényeiket nagys. *Ambrus Sándor* úrhoz — Békés vármegye alispánjához — intézve, hozzám **legkésőbb 1915. évi márczius hó 10.-éig** annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket nem veszem figyelembe.

Békéscsaba, 1915 február 16.

Békéscsaba közkórházának igazgatója.

767/1915. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett tiszaszentmiklósi (Torontál vármegye) **körorvosi állásra**, a melyhez a kör székhelyén kívül Hód-egyháza község tartozik, ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Az államkincstár részéről 1600 K törzsfizetés s négyszer ismétlődő 200—200 K ötödéves korpótlék.

2. A községek részéről 438 K évi összegű személyi pótlék.

3. Tiszaszentmiklós község részéről a szegény betegek látogatására szolgáló fuvarátalány fejében 360 K; a rendelő- és várószoba fűtésére évi 120 K tüzifaátalány.

4. Szabad úrilakás, mely áll 3 szobából, folyosóból, egész külön bejáratú váró- és rendelőszobából, a megfelelő mellékhelyiségekkel és nagy kertből.

Ezeket kívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási és működési díjak.

A lakosok magyarok, németek, szerbek; gyógytár helyben; a község vasút mentén fekszik.

Felhívom mindazon orvosdoctorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal ellátva folyó évi márczius hó 15.-éig hivatalomhoz adják be.

Törökkanizsa, 1915 február 24.

Mihálovits dr., főszolgabíró.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhimlő-termelő intézete, II., Margit-körut 45.

A tehénhimlő oltóanyag és a m. k. áll. difteria ellenes serumon kívül kapható nálam;

- | | |
|---|---|
| 1. Kólera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. K 16.25 |
| elegendő öt emberre | 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.— |
| | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.— |

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyvényes
SAVANYÚVIZ.

Hasonló című zúgirodáktól óvakodjunk!

Telefon 3—64. Magyarországi Telefon (éjjel) 3—64

Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete

BUDAPEST, VII., Dohány-u. 74. (Miksa-u. sarok.)

(Elnök: Dr. Rajnai Béla, műtőorvos.)

Betegápolókat és ápolónőket, masszírozókat és vízgyógykezelőket, úgyszintén betegszállításoknál szakértő kísérőket közvetít.

Sürgőnyezim: Betegápolók Budapest Dohányutca.

A közvetítés díjtalan.

Világszabadalomhoz társat

keresünk, lehetőleg orvost, 50 ezer koronával. — Bővebbet: Telefon 58—93.

Serravallo

Kina-bora vassal.

(Circiter gr. 0.05% össznyiarsalkaloidja a chinakéregnek, circiter gr. 0.01% vasoxyd pyrophosphorsavhoz kötve.)

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva. Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik. Egészségügyi kiállítás Wien, 1906; állami díj és díszoklevél, a nagy aranyéremhez.

Többszörösen kitüntetve. — Több mint 8000 szakvélemény. Orvos urak kívánatra mintát ingyen és bérmentve kapnak. J. Serravallo, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

PRAEVALIDIN

Kámfor-gyapjuszirkenőcs kőnensuperoxyddal, kámfor-
□ és Balzsam peruvian. percutan bedörzsöléshez □

Alkatrészek: kámfor, balzsam peruvian. és Ol. Eucalypt
Minden egyes doboz tartalmaz 0.4 gr. kámfort.

Szíverősítő, expectoráló és étvágygerjesztő hatása miatt javulva tuberculosis, emphysema, bronchitis chronic., influenza, vérszegénység, görvélykór és szívgyengeségi állapotoknál.

Minden tubus 5 darabot tartalmaz.

Pontos használati utasítás minden tubusban található.

Egy tubus felnőttek részére M 1:20, gyermekek számára (fél adag) M 0:80.
Irodalmat és mintákat szívesen küld a

WOLL-WÄSCHEREI UND KÄMMEREI in DÜREN bei Hannover.
Abt. Chem. Fabrik.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Scharl Pál: A katonai szolgálat befolyása a gümőkóros megbetegedésre békében és háborúban. 141. lap.

Ifj. Hahn Dezső: Közlemény a székesfővárosi Szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. rendk. tanár.) A hernia encysticáról. 145. lap.

Dollinger Béla: Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Spondylitis tuberculosa (2000 eset alapján). 146. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Wenckebach: A szivarythmia klinikai jelen-

tősege. — Hoppe-Seyler: A hasüri zsigerek és a függőér bujakóros bántalmainak a hadiszolgálatra való befolyása. — Sebészet. Haberer: A fertőzött csont- és ízületi lövések kezelése. — Gerson: A műszereknek a kötőszöveteken való gyors sterilizése. — Venerás betegségek: Touton: A hadseregek nemi élete és venerás betegségei béke és háború idején. — Kisebb közlések az orvostudományról. Schumacher: Jodtinctura. — Alexander: Haemorrhoidok. — Linné: Evarsin-calcium. — Arnd és Krumbein: A tetanus prophylaxisa. — Baumann: Paracodin. 148—151. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi újság 151. lap.

Vegyes hírek. 151. lap.

Tudományos társulatok. 152—154. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A katonai szolgálat befolyása a gümőkóros megbetegedésre békében és háborúban.*

Irta: Scharl Pál dr.

A katonai szolgálat életviszonyai már békében is oly különlegesek és annyira eltérnek a megszokott polgári életmódtól, hogy mindenkire nézve, a ki először vonul be katonai szolgálatra, gyors és lényeges változást jelent, melyhez testileg és lelkileg alkalmazkodni kell. Oly országokban, melyekben általános a védkötelezettség, a katonai szolgálat első ideje az élet III. évtizedének elejére esik, tehát oly életkorra, melyben a szervezetnek és kedélynek igen nagy a rugalmassága és alkalmazkodó képessége.

A katonai élet rendszeressége, a lakásviszonyok hygiénéje, a táplálkozás értéke, a testápolás, az állandó orvosi felügyelet, a gondtalanság stb. oly viszonyok közé juttatják a bevonuló legénységet, melyek igen sok tekintetben lényegesen felülmúlják az ország lakossága többségének életkörülményeit. Az említett tényezők előmozdítják a test alkalmazkodását arra az új és szokatlan munkára, mely a katonai szolgálattal jár. A munkáigények egyensúlyban vannak a szervezet igényeinek a kielégítésével és így a szolgálati idő alatt a munkaképesség és ellentállóképesség lényegesen fejlődik és fokozódik.

Ez a fejlődés a katonai kiképzés alatt lépésről-lépésre halad és oly fokig emelkedik, hogy az újoncz a követelményeknek megerősítés nélkül meg tud felelni. A kiképzett katona fokozott munkabírása állandósul és csupán a harmadik szolgálati év végével tapasztalható elvértve némi visszaesés, a mi abban nyilvánul, hogy a 3. évet szolgáló legénység az utolsó évi, hetekig tartó ú. n. nagygyakorlatokat kevésbé jól bírja, mint a második szolgálati évben.

Mint már említettem, a bevonuló újoncz magasabb socialis helyzetnek megfelelő hygiénés viszonyok közé kerül a lakás tekintetében és igen kedvező helyzetbe jut a szabadbani tartózkodás tekintetében is. Egészséges újonczokon, főleg

városi lakosokon, már néhány heti katonaelet kedvező hatása könnyen megállapítható. Míg azonban egészséges újonczokon a hygiénés viszonyok kedvező hatása a fokozott munka daczára is érvényesül, addig a gümőkórosok nagy részén egészen mások a tapasztalatok.

Ha a békeleltér frissen bevonult katonáinak tuberculosisáról beszélünk, akkor legtöbbször nem kiterjedt, manifest folyamatú betegekről, hanem olyanokról van szó, kiknek kisterjedelmű elváltozásai nem járnak a sorvadás jeleivel, vagy gyakrabban olyanokról, a kiknek inactiv vagy latens a tuberculosusuk. Néha jól táplált, jó erőben lévő emberek ezek, a kik a polgári életben teljes munkaképességgel dolgoztak és betegségüket talán nem is sejtették.

Kutatva, hogy milyen tényezőktől függ a tuberculosusok arányszáma a hadseregben, elsősorban a tuberculosus általános elterjedtségét és másodsorban a sorozásra kerülők és a katonai emberanyagban való szükséglet közti arányt kell tekintenünk, a kisebb fontosságú tényezőket nem említve. Minél nagyobb valamely ország tuberculosismorbiditása, annál több gümőkóros kerül a sorozó orvos elé, a kik közül annál többet utasíthat vissza, minél kisebb a szükséglet, a jelentkezők számához viszonyítva. Ezek szerint tehát oly országban, melyben a sorozásra kerülő korosztály a szükségletnek sokszorosa teszi, nem okozna nehézséget a tuberculosusok távoltartása a hadseregtől, a mi annál fontosabb, mert ezáltal a közeli együttélésben élő katonákat a közvetlen fertőzés veszélyétől meg lehetne óvni és viszont a vissza-utasított tuberculosusok nem volnának kitéve a szolgálattal járó károknak. A kérdés gyakorlati megoldása azonban nem ilyen egyszerű. A gümős fertőzést követő reakciója a szervezetnek igen sok árnyalati különbséget mutat, a kis kiterjedésű, kezdeti folyamatok körjelzése nagy gyakorlat mellett is nehézséget okozhat, az activ és inactiv szakok határainak megállapítása igen tág teret hágy az egyéni felfogásnak, úgy, hogy a kiterjedt előrehaladott állapotú gümőkórosok kiséjeztetésével a hadsereg tuberculosismertessége még korántsténen biztosítható.

Az osztrák-magyar monarchiában a sorozóbizottságok helyzete igen kedvezőnek mondható, mert nagyszámú jelentkező között válogathatnak. Myrdacz 1894—95. évi statisztikája szerint 1000 közül csupán 286 embert soroztak be és 714-et

* Az Orvosegyesületben tartott előadás.

utasítottak vissza különböző okokból. (Ugyanakkor Németországban 562 embert soroztak be katonának ezer közül.) Tuberculosis miatt utasítottak vissza 57-et. Ezen sorozási eredmények dacára azt látjuk, hogy az 1903—7-ig terjedő években a katonakórházak statisztikája szerint a felvett betegek között szeptember hóban $42\frac{0}{100}$ szenvedett tuberculosisban, míg októberben $87\frac{0}{100}$ és novemberben $65\frac{0}{100}$. Ennek az októberi jelentékeny szaporulatnak a magyarázatát a frissen bevonult katonák tuberculosisában találjuk. Az újonczok, a kik tuberculosisal vonultak be a hadseregbe, emelik a kórházi tuberculosisfelvételek számát a kétszeresére. Minden valószínűséggel oly activ gümőkórosok ezek, a kiknek a folyamata a sorozáskor nem részesült kellő méltánylásban, vagy pedig oly inactiv tuberculosisos betegekről van szó, a kik a katonai szolgálat terheit még rövid ideig sem tudták kár nélkül elviselni.

A kórházba kerülő gümőkórosok évi görbéje januártól ápriliséig egy második, még jelentékenyebb kilengést mutat, mely $107\frac{0}{100}$ -tól $136\frac{0}{100}$ -ig emelkedik, melyet *Vagedes* a meghülés okozta kiújulásokkal magyaráz. Minden valószínűség szerint nagy szerepe van a meghüleses betegségeknek is az exacerbatiók előidézésében, azonban még más okok is szerepelhetnek a megbetegedési arányszám ily nagymérvű szaporodásában.

Már említettem azokat a tényezőket, a melyek a bevonuló katonák helyzetét hygienés nézőpontból a polgári élet körülményeivel szemben lényegesen javítják. Ezeknek a tényezőknek a hatása a szervezetre elegendő arra, hogy a fokozott testi munkának és a szolgálat más káros hatásainak az inactiv vagy lappangó tuberculosisra gyakorolt hátrányát kiegyenlítsék. A szervezetnek a reakcióképessége azonban idővel kifárad és mivel újabb ingerek nem szerepelnek, a jó hygienés viszonyok kedvező hatása 4—5 hónap elteltével már nem tudja ellensúlyozni azokat a károkat, melyek főleg az időnkénti testi túlerőltetésből származnak.

Nézetem szerint tehát a kórházi felvételi statisztika azt bizonyítja, hogy a katonasághoz bevonult gümőkórosok egyik része mindjárt a szolgálat legelején romlik le, míg egy másik nagyobb rész a 4—7. hónapban válik szolgálatképtelenné.

Azok a katonák, a kik a 8 heti kiképzés idején túl is szolgálatképesek és csupán a 4—7. hónapban válnak manifesten beteggá, a legnagyobb valószínűség szerint túlnyomó többségben már latens vagy inactiv gümőkórral vonultak be a szolgálatra és egy részük talán a polgári életben is megbetegedett volna, azonban nagyobb részük a szolgálattal járó, a gümös szervezetre káros tényezők következtében betegszik meg.

Igen sok olyan észlelésemre hivatkozhatom, midőn az inactiv vagy az inaktivitás határán álló tuberculosis fiatal emberek, kiknek betegségét a bevonulás előtt huzamos ideig észleltem és a szolgálat alatt is ellenőrizhettem, a katonai szolgálat első hónapjait igen jól tűrték, súlyban gyarapodtak, jó közérzettel és erőbeli állapottal végezték feladatukat, míg az első félév vége körül kimerüléssel és fogyással általános rosszabbodás állott be. Ezen betegek egy része, pihenő életmód mellett, viszonylag gyorsan elvesztette aktivitásos tüneteit, míg egy másik rész soha többé nem jutott oly conditióba, mint a milyenben a szolgálat megkezdésekor volt, tehát helyrehozhatatlan kárt szenvedett a szolgálat révén.

Statisztikai adatok bizonyítják azt is, hogy a szolgálati idő növekedésével csökken a gümös megbetegedések száma a hadseregben. Ebből következik, hogy az új évjáratok pontos megfigyelése és ellenőrzése révén csökkenthető hatáson a hadsereg tuberculosisa. Ennek az elvnek a követése igen lényegesen megjavította hadseregünk tuberculosis-viszonyait. 1892-ben az osztrák-magyar hadsereg 10.000 ember közül 41-et veszített gümőkóros eredetű szolgálatképtelenség, rokkantság és halál miatt, míg 1909-ben csupán 16-ot. Látjuk tehát, hogy a hadsereg tuberculosismentesítésére irányuló törekvések szép eredményekre vezettek és az ország tuberculosisviszonyaitól mindaddig függetlenül is javíthatók, a míg a tuberculosismorbilitás nem emelkedik, és a katonai lét-

szám csak kis részét teszi azoknak, a kik katonakötelesek, vagyis a sorozó orvost és a csapatnál működő orvost kizárólag csak az a nézőpont vezeti, hogy a hadseregtől a gümőkórost távol tartsa és a veszélyeztetett egyént idejében eltávolítsa.

Röviden kitérek arra is, hogy a katonai szolgálat a tuberculosis nézőpontjából nem tekinthető egységes fogalomnak, a mennyiben a szolgálattal járó testi követelményeknek igen sok változata van, fegyvernem, rang, szolgálati beosztás stb. szerint. Ezek a részletek nem tartoznak mai előadásom keretébe és így csak a fegyver alatt szolgáló katonaságról beszélek.

Néhány szóval emlitem csupán a katonai szolgálat befolyását a tiszték tuberculosisára. Egész röviden és általánosságban azt mondhatom, hogy a gümös tiszték veszélyeztetettsége a katonai rang emelkedése arányában csökken. A subaltern tiszt tuberculosisát a katonai szolgálat sokkal inkább veszélyezteti, mint a törzstisztét és itt nemcsak a különbség szerepel, hanem főleg a testi munka mennyisége, az anyagi helyzet, a nagyobb önállóság az életmód beosztásában stb. Azon tiszték, a kiknek alacsonyabb rangfokozatban csak hosszabb pihenés és gyógykezelés tette időnként lehetővé a szolgálattal, törzstiszti rangban, ugyanolyan állapotban, megerősítés nélkül végezték szolgálatukat. Sokkal feltűnőbbek a különbségek, semhogy csupán arra kellene gondolnunk, hogy ezen esetekben a betegség tartama ab ovo jobbindulatú tuberculosis mellett szól.

Békében a polgári orvos elég gyakran jut abba a helyzetbe, hogy véleményt kell nyilvánítani arra vonatkozólag, vajjon a katonai szolgálat megkezdése, folytatása vagy fegyvergyakorlat elvégzése előreláthatólag milyen következményekkel járna a tuberculosisos katonakötelesre. Ennek a kérdésnek az eldöntése néha nagy nehézségbe ütközik és bár véleményünk legtöbbször csak akadémikus értékű, mégis célszerűnek bizonyult egy oly séma megállapítása, melynek alapján az Erzsébet királyné-sanatorium ápoltságainak betegségéről a katonai szolgálat nézőpontjából nyilatkozni szoktunk.

A katonai szolgálat béke idején, legénységi állománybeliekénél, előreláthatólag káros következményekkel jár:

1. Minden nyílt tuberculosisban.
2. Bármilyen jellegű zárt gümös tüdőfolyamat esetén, ha a *Turban-Gerhart*-féle beosztás szerint az első stadiumot meghaladta.
3. Tüdővérzésre hajlamosság esetén.
4. Állandó jellegű körülírt hurutos zörejek esetén, tom-pulat nélkül is.

5. Subfebrilis hőemelkedéseknél, ha huzamos ideig állanak fenn és elérik a $37.2-37.3$ fokot. A napi kilengéseket, a testmozgás befolyását és a mérési technikát is tekintetbe véve.

6. A gyengén fejlett izomzatú, bágyadt, rossz közérzetű, könnyen fáradó, magas pulsus-számú fertőzött egyéneken, még ha a tüdőbeli eltérések nem is mutathatók ki határozottan.

Minél hosszabb megfigyelés után nyilatkozhatunk, annál könnyebb a helyzetünk és bár sokszor igen nehéz az átmeneti állapotot jelző tüneteket értékelni, a fenti séma a gyakorlatban jól bevált és röviden kifejezve nem jelent egyebet, mint hogy az activ szakban lévő tüdőbetegeknek kárára van a katonai szolgálat még béke idején is.

Inactiv folyamatoknál csak akkor nyilatkozhatunk a katonai szolgálat mellett, ha legalább másfél—két év óta nem észleltünk aktivitásos tüneteket és az egyént edzettnek és munkabírónak ismerjük. Legtöbbször ez a legnehezebb kérdés, különösen ha nagy áldozatok és hosszú kúrák eredményét látjuk kockára téve véleményünkkel. A szövödmények annyira függnek az egyéni elbírálástól, hogy sematikusan nem csoportosíthatók.

Ha az említett sémát összehasonlítjuk azzal az eljárással, melyet a katonaságnál tapasztalunk, akkor sok tekintetben megegyezők az álláspontok. A nyílt gümőkórosok, a vérzők, a gyenge izomzatúak, ha besoroztatnak is, rövidebb-hosszabb idő alatt eltávolíthatnak a katonaságtól. Eltéréseket

a kis kiterjedésű csúcselváltozásoknak és a subfebrilitásnak az elbírálásában, valamint az intoxicációs tünetek értékelésében találunk, a minnek az a következménye, hogy az ilyen betegek nem mindig kerülnek ki helyrehozhatatlan kár nélkül a katonasorból.

* * *

Az eddigiekben nagy vonásokban vázoltam a hadsereg tuberculosist és a katonai szolgálatnak befolyását a gümös tüdőbetegségekre béke idején. Ezek után áttérek a háború okozta változásokra az említett viszonyokban.

A hadilétszámra emelt hadseregben az összes hadkötelesek bevonásával megszűnik az a relativ tuberculosismenteség, melynek egyik legfőbb feltétele abban rejlik, hogy béke idején a katonai létszámot az ország szigorú selejtezés mellett is tudja fedezni. A mostani háború, mely nagy számbeli igényeket támaszt, kizárja az orvosi felfogásnak azt a szigorú keresztülvitelét, melyet a katonaságnak békében módjában áll követni. Az igények leszállítása válik szükségessé és ezzel a tuberculosusok arányszáma lényegesen fokozódik. Míg béke idején a tuberculosusok kiselejtezésekor a betegség elbírálása áll előtérben, addig háborúban az izomerő, a munkaképesség és tápláltság a döntő nézőpontok az alkalmasság megállapításakor. Kétes esetekben a hadsereg szükséglete billenti a véleményt az alkalmasság kimondása felé.

Azok a katonák, a kik a háború óta nyertek katonai kiképzést, sokkal hamarabb kerülnek ki a rendes katonasorvosi felügyelethől hadi szolgálatba, semhogy a kiképzés ideje után jelentkező betegség-tünetek oly megfigyelésben részesülhetnének, mint béke idején. Pedig a már említett kórházi felvételi statisztika szerint elég nagy azoknak a száma, a kiknek a tuberculosisa csak a kiképzés után válik manifest betegséggé. A lesoványodás és a rossz szín, mely a rendszeres kaszárnyai felügyelet mellett feltűnik és esetleg orvosi vizsgálatot von maga után, a hadi szolgálat alatt nem vonja magára a figyelmet és a háborús élet természetes következményének is tűnhet.

Mindezek alapján számítanunk kell azzal, hogy a hadi létszámon lévő hadseregben az activ tuberculosusok száma a mozgósítással egyidejűleg lényegesen emelkedik.

A mint a katona elhagyja a kaszárnyát, ezzel egyidejűleg megszűnik a kaszárnyaélet rendszeressége is és az operatív terület hadászati szükségletei irányítják az összes testi követelményeket és a testi igények kielégítését is. A háborús felszerelés súlytöbblete az első munkatöbblet is és ehhez a kezdethez csatlakoznak mindazok a körülmények, melyek a tuberculosus katona egészségét a háborúban annyira bizonytalanná teszik és veszélyeztetik.

Közismertek azok a tényezők, melyek a szervezetnek a tuberculosis ellen kifejtett ellentállóképességét csökkentik, és épp úgy azok a káros behatások is, melyekkel a szervezetnek a háborúban meg kell küzdenie. A tuberculosis nézőpontjából a leglényegesebbek: a testi túlerőltetés, a pihenés elégtelensége, a lakáviszonyok hiányai, az időjárás viszontagságai és a táplálkozás rendszertelensége. Ezen tényezők káros hatásának a legyőzése igen nagy feladatot ró a szervezetre. Minél fáradságosabb munkát kell végezni a testnek, annál nagyobb a veszély, hogy a többi tényező hátránya fokozottan érvényesül. Minél hosszabb ideig tart a megerőltető munka, kellő pihenés nélkül, annál inkább csökken az ellentállóképesség.

Ugyancsak nagy figyelemre méltók a heveny megbetegedések, a harcztéri járványok és a sérülések, melyek mind kiváltó okai lehetnek az exacerbációknak.

A betegségek közül a légzőszervek heveny betegségei igen sok esetben közvetlen okai a gümös folyamat rosszabbodásának. A fertőző betegségek közül a dysenteria, a typhus és a malaria jelent igen nagy veszélyt a tuberculosusokra. Egy esetben a cholera okozott rosszabbodást.

A sérülések közül még azok is veszélyesek, a melyek nem tekinthetők súlyosnak; sokszor igen rosszul befolyá-

solják a megállapodott folyamatokat is. Három régóta megfigyelésem alatt álló tiszt a mellkas lövési sérülése okozott nagyobb mérvű terjedést.

Az említett tényezők azonban nem csupán a gümőkórosokat veszélyeztetik, hanem olyanokat is, a kik látszólag egészen egészségesen vonultak a háborúba.

Az egészséges katonára nézve még a fertőzés lehetősége is tekintetbe veendő, a mely akkor veszélyezteteti leginkább, midőn oly lakásban, szobában vagy ágyban nyer elhelyezést, melyben előtte nyílt folyamatú gümőkórosok laktak. Ezen esetekben érvényesülnek azok a disponáló momentumok is, melyeket, mint a háborús élet tartozékait, már említettem. A fertőzésnek egy másik lehetősége, mely figyelmet érdemel: a katonák között élő nyílt gümőkórosok.

A nem gümőkórosokat a fertőző betegségek főleg akkor hajlamosítják a tuberculosisra, ha korán kerülnek ismét vissza a nehéz szolgálatba. A dysenteria nézve van néhány ilyen tapasztalatom.

A sérülések több okból lehetnek előidézői a tuberculosisnak. A legfontosabbak a mellkasi lövések és erőművi sérülések, de minden sérülés, mely tartós betegséget okoz és hosszú kórházi tartózkodást igényel, praedisponál tuberculosisra.

Az elmúlt nagy háborúk orvosi irodalmában csak igen gyéren találunk adatokat a tuberculosis pusztításairól a hadi létszámra emelt hadseregben. Ha tekintetbe vesszük azokat a felfogásbeli különbségeket, melyek a tuberculosis lényegét illetőleg a Koch-féle bacillus felfedezése előtt uralkodtak és szem előtt tartjuk a diagnostika akkori állását, nem is számíthatunk használható statisztikai adatokra; mindazonáltal az 1877/78.-i háborútól visszamenőleg nem egy értékes feljegyzést találunk, melyből a háborúnak a katonák tuberculosisára gyakorolt hatására következtetést vonhatunk. Igen érdekes és jó megfigyelőképességre vall Baldinger 1765-ben megjelent munkája „Von den Krankheiten einer Armee aus eigenen Wahrnehmungen in dem letzten preussischen Feldzuge“, melynek a háború gyakori betegségei című fejezetében a köhögésre vonatkozó tapasztalatait foglalja össze.

„Sajna, tagadhatatlan, hogy a köhögés sorvadásba mehet át és a régi aszmák a tüdővészszel közeli rokonságban vannak. A háborúban levő katonák köhögése lehet száraz, nedves és görcsös. Egyiket sem szabad lebecsülnünk. A katona sokat szenved. A tölténytáska szíja, mely nagy súlylyal van megterhelve, nyomja a mellkast és a katona, ha hegyet mászik, nagyon fárasztja és gyengíti a tüdejét. A hadműveletek alatt egyenlőtlenül lélekzik és meghűti az expandált vért és így nem csodálkozhatunk, ha mellbetegségbe esik. Régi mellkasi sérülések, lökés, csés, előző betegségek nagyon hatnak a tüdőre.“

A sorvasztó lázokról és a sorvadásról a következőket írja: „A sorvadás, a lappangó és sorvasztó lázak mind naposak voltak a porosz tábori kórházakban. A valódi phthisis pulmonalis gyakrabban találtam a lovasok, mint a gyalogosok között. Tüdősérülések, a nehéz szolgálat a lovasságnál, a nehéz páncél, mely nyáron nagyon megmelegszi, a töltény és fegyver súlya, a hegymászás fáradoimai ne hatnának a tüdőre? Meggyökeresedett hurutok, kezeletlen hurutos lázak sem felejtendők el. Különböző lappangó lázak a kórházakban sorvadással végződnek. Gyenge szervezetűek, kiknek már azelőtt is romlott nedveik voltak, könnyű sérülések is sorvadással végződnek, nagy sérüléseknél az erős genyedés vezet halálosvégű lappangó lázhoz.“

Az 1854/56.-iki krimi hadjáratról jegyezték fel, hogy a legénységen általános gyengeség fejlődött, mely sápadtságban, bágytságban és munkaképességszökkenésben nyilvánult és mivel ennek okát a lövészárookban való tartózkodással hozták összefüggésbe, „lövészárók-betegségnek“ nevezték. Ugyancsak a krimi hadjáratról tudjuk, hogy az angol hadsereg egészségi viszonyai a második télen mennyire javultak a francia hadseregéhez képest és bár az összes betegségek száma csökkent, a mellkasi szervek hurutja szaporodást mutatott.

Az 1859.-i olasz háborúról említi *Cazalas*, hogy a malaria szövődményei között gyakoriság tekintetében a légzőszervi betegségek a második helyen állottak.

A dán háborúról 1864-ben *Myrdacz* közli, hogy „bár nincsenek számszerű statisztikáink, különösen a légzőszervi hurutok, a bélhurut és a malaria képviselték a betegségeket.”

1877-ben az orosz-török háborúban, a hadjárat első négy hónapjában a légzőszervi betegségek nagy mértékben pusztítottak. A létszám ezrelékében kifejezve, a malaria 13·7, a légzőszervi betegségek 10·5, heveny bélbetegségek (typhust beleértve) 4·7-del szerepelnek.

A dunai hadseregről közölt kimutatásban 2703 tüdővésztes megbetegedést találunk 394·9‰ halálozással. *Koslow* szerint ez a kimutatás nem teljes, és ha tekintetbe vesszük, hogy ugyanez a kimutatás még 47.287 légzőszervi megbetegedésről tesz említést 49·8‰ halálozással, akkor bizonyára sokkal nagyobbra tehető azoknak a száma, a kik tuberculosiban szenvedtek. Az orosz-török háború egyes szakaszaiban igen világosan mutatkozik a háború körülményeinek hatása a légzőszervek megbetegedésére. Az orosz seregnek a balkáni átkeléskor — 20° hidegben, járhatatlan havas utakon, rongyos cipőkben, hiányos ruházatban, rendetlen és elégtelen táplálkozás mellett az egészségi állapota kielégítő volt, a betegek száma csökkent, csupán a légzőszervi hurutok és a fagyások száma emelkedett. 1877 decemberében és 1878 első hónapjaiban négyszázezer létszám mellett a megbetegedések következőképpen oszlottak meg:

	‰
Malaria --- --- ---	50·1
Typhus --- --- ---	44·7
Légzőszervek --- ---	27·1
Emésztőszervek --- ---	25·8
Rheuma --- --- ---	12·5
Dysenteria --- --- ---	12·4
Fagyások --- --- ---	11·4

Ebből a sorrendből is az tűnik ki, hogy a légzőszervi megbetegedések a malaria és typhus, tehát a járványos betegségek után a legnagyobb számmal szerepelnek.

Az 1870/71.-i háború egészségügyi jelentése a tuberculosistról következőképpen emlékszik meg: „A kórházi felvételek táblázataiban a tüdővésztesek feltüntetésére nem vétetett fel külön rovat, mert ezen betegség lefolyásának és a kezdeti szakok elnevezésének sokfélesége igen nagy hibaforrás lehetett volna. Egyébként is a háború alatt kórházba kerülő gümőkórosok száma úgy sem nyújthatna felvilágosítást a háború hatásáról a tuberculosusra, mert leginkább azok az esetek világosíthatnák meg a kérdést, melyek a katonai szolgálat következtében, a háború után fejlődtek ki, úgy hogy csupán részletezett rokkantsági statisztika alapján bírálhatnók el a kérdést.

A háború alatt tüdővészben elhaltak száma megközelítő pontossággal megállapítható, mert a légzőszervi betegek csoportjában mindazok, a kik nem tüdő- és mellhártyagyulladásban haltak meg, tuberculosiban pusztultak el. Ezen számítás szerint a német hadseregben (Feldarmee) a háború alatt 837 legénységi állományú katona, vagyis a létszám 1‰-je, az összes betegeknek 57‰-je halt meg gümőkórban. Az 1867—72. évek tuberculosishalálozási átlaga a porosz hadseregben 4‰-je a létszámnak és 245·7‰-je az összhaltalózásnak.

Az említett jelentés a hadifoglyok légzőszervi betegségeinél a tüdőgyulladás praedisponáló momentumai között kiemeli, hogy: „leggyakrabban oly foglyok betegedtek meg, a kik idősült bélhurutban vagy dysenteriában szenvedtek, illetőleg ezen betegségek miatt voltak kórházban. A leggyakoribb, majdnem az egyedüli utóbetegség a tüdő és bél tuberculosisa volt. Más betegségek reconvalescentiája alatt, de más betegségek nélkül is elég gyakran jelentkeztek a tuberculosist tünetei. 1871 második negyedében a foglyok barakk-

kórházában 10 bonczolás közül 9-ben tüdőtuberculosist találtak olyanokban, a kik más betegségben haltak meg. Az észlelők többsége azon a nézeten volt, hogy a tüdővész régebbi eredetű folyamatok folytatásaként jelentkezett, melyek a háború fáradalmi következtében rosszabbodtak. A klinikai forma tekintetében feltűnt az acut miliaris tuberculosist gyakorisága és az idősült alakok láztalan menete a halálig. Ugyancsak gyakran állott előtérben a hasi szervek tuberculosisa.”

A mellkasi sérülések után fejlődő tuberculosist gyakoriságáról a jelentés azt említi, hogy: „Az áthatoló és nem áthatoló mellkasi sérüléseknek hajlamosító hatását a tuberculosistra csak akkor deríthetnők ki, ha a betegeknek az előéletét, a tüdő állapotát a sérülés előtt és után, valamint a sérülés után folytatott életmód káros hatását, foglalkozását stb. ismernők.”

Ugy sérülés, mint betegség eseteiben azonban még sok más körülménytől is függ, hogy mennyire készítik elő a talajt a tuberculosist manifestálódására. Ezek közül talán a legfontosabb, hogy milyen kórházi viszonyok közé kerül a beteg vagy sérült katona. A kórházak hygienés viszonyai és az ápolás időtartama döntő befolyást gyakorolhatnak.

A kórházakra vonatkozó hygienés követelmények békében ugyanazok, mint háborúban. Míg azonban békében a hygienés viszonyok javítása rendszerint csupán anyagi eszközök kérdése, addig háborúban a betegek és sérültek nagy száma teremti oly szükségét, mely arra kényszeríti, hogy a hygienére irányuló követelményeket leszállítsuk. A tuberculosist nézőpontjából egyike a legfontosabb követelményeknek, hogy a kórházba kerülő betegeket a fertőzéstől megóvhassuk. A harcterről jövő katonát nem testi jólét és normalis viszonyok között érte a sérülés vagy heveny betegség, hanem legtöbbször oly állapotban, melyben a tuberculosist iránt már fogékonyabb volt, tehát a két oldalról fenyegetett szervezet igényeit kell a kórháznak kielégíteni. A kórházakban a betegek legtöbbször nincsenek elkülönítve és ha talán azt mondhatnók, hogy normalis üzem mellett ez még egymagában nem jelent absolut veszélyt, a mai viszonyok között más elbírálásban részesítendő a veszélyeztetettség foka, nemcsak az ápoltak nagyobb fogékonyasága miatt, hanem a kórházak nagy részében a helyhiány miatt is. A kórtermeknek a köbtartalma sok helyen absolute kevés, sok helyen alig kielégítő, de mindenestre a legtöbb helyen kevesebb, mint béke idején. Az ablakfelületekről ugyanazt mondhatjuk és ha még az évszaktot és időjárást is tekintetbe vesszük, sok helyen kell nélkülözniök az ápoltaknak a megfelelő tisztaságú levegőt.

A levegőellátás nézőpontjából nem közömbös a kórházak fekvése sem. Feltétlenül mostoha viszonyok közé kerülnek azok a katonák, a kik pl. Budapest legforgalmasabb részén emeletes házak és füstökádó kémények között várják a gyógyulásukat mindenkire káros szennyezett levegőben, melyet bizonyára azok tűrnek legrosszabbul, a kik a polgári foglalkozásukat a szabadban űzik és jó levegőhöz vannak szokva.

Látjuk tehát, hogy háborús körülmények között a tuberculosist fenyegető veszélye nem szűnik meg egyidejűleg azzal, hogy a beteg vagy sebesült katona a harcterről eltávozik és katonai szolgálatát abbahagyja, hanem fennáll mindaddig, a míg kimutathatóan épen és egészségesen, teljes munkabírással, jó közérzettel és eredeti testsúlyával el nem hagyja azt a kórházat, melybe utasítottott.

Mint már említettem, objective kimutatható tüdőbeli elváltozások esetén is a munkabírást, az izomerő és tápláltság dönti el a mai viszonyok között a szolgálatképességet. Igen sok olyan gümőkóros fog tehát a kórházakból is a harctérre menni, a ki katonai nézőpontból bár alkalmas és időlegesen szolgálatképes is, de (tisztán orvosi vélemény szerint) fokozott mértékben veszélyeztetett a szolgálat újbóli megkezdésével.

(Vége következik.)

Közlemény a székesfővárosi Szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyet. rendk. tanár.)

A hernia encysticáról.*

Irta: Ifj. Háhn Dezső dr.

A sérvek pathológiájának egyik érdekesebb fejezetét alkotja a lágyéksérveknek azon csoportja, a mely a processus vaginalis fejlődésbeli rendellenességével áll összefüggésben. A processus vaginalis rendszerint a születés körüli időben — Sachs vizsgálatai szerint a születés utáni 10.—20. napon — elzáródik s ezzel a hasüreg és a here savós hártája között a communicatio megszűnik. A proc. vaginalis elzáródása azonban nem mindig ily tökéletes, hanem néha csak kisebb-nagyobb részletei obliterálódnak, a midőn a sérvnek és hydrocelenek legkülönbözőbb alakjai jönnek létre, sőt teljes egészében is nyitva maradhat, mint azt bizonyos veleszületett sérvek alkalmával látjuk. A proc. vaginalisnak ezen fejlődésbeli rendellenességeivel állnak összefüggésben az encystikus sérvek is, a melyeket ugyan már 1701-ben Méry és Petit leírt, azonban behatóbban A. Cooper tanulmányozott, a kinek nevére ezen sérveket el is nevezték. Az encystikus sérvek nem tartoznak a gyakrabban előforduló sérvanomaliák közé. Selcke 1898-ig az irodalomból mindössze 13 esetet gyűjtött össze, a mely szám Sultan-nak 1913-ban ezen sérvekről írt munkájában csak 24-re növekedett. Éppen ezen körülmény, hogy az encystikus sérvek az egyébfajta sérvekhez viszonyítva ily ritkán fordulnak elő, késztetett arra, hogy azon két esetet, a melyet Pólya főorvos osztályán operálnom, illetve megfigyelnem alkalmam volt, nyilvánosságra hozzam.

I. Fr. F., 38 éves hajós, 1912 okt. 3.-án vététt fel a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára. 6 év óta van jobb oldalán és 3 hónap óta bal oldalán sérv. Sérvkötőt állandóan hordott. A jobb oldalon körülbelül jó férfiökölnyi, a scrotumba lenyomuló sérv volt látható, a melyet csak részben lehetett visszahelyezni; a scrotumban a repositio után visszamaradt tömeg adhaerens sérvtartalomnak imponált. A baloldali, kb. tyúktojásnyi sérv könnyen volt visszahelyezhető. Mindkétoldali sérvet novocain-adrenalin helyi érzéstelenítéssel operáltuk. A jobboldali sérv műtétkor a következőket találtuk: Körülbelül 9 cm. hosszú tömlő volt jelen, a melyet a funiculus egymástól szétváló részei vettek körül. A tömlő distalis végének megnyitása után kb. evőkanálnyi tiszta serosus folyadék ürült belőle. Ezen tömlő, a melynek alján a here foglalt helyet, a hasürral nem közlekedett, hanem a tömlő üregébe egy második tömlő zacskószerűen belelógott, benne belek és odanőtt cseplesz voltak; a tömlő nyakán heges kötőszövet. A cseplesz leválasztása után a beleket visszahelyezve, a műtétet Bassini-Pólya szerint operáltuk. A beteg sebe zavartalanul gyógyult és 1912 okt. 29.-én gyógyultan hagyta el a kórházat.

II. K. J., 47 éves kőműves 1913 novemberében vététt fel a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára. Itt előadta, hogy 20 év óta van jobboldali sérv, mely kb. lúdtőjásnyi nagyságú s a scrotumba lenyomul. A sérvnek csak egy része reponibilis, a többi a scrotumban visszamarad. Sérvkötőt hordott.

Status praesens: A jobboldali inguinalis tájon lúdtőjásnyi sérv, a melynek egy része nyomásra a hasürben eltűnik. Deczember 6.-án műtét localanaesthesia (Spiegel dr.). A sérvtömlőt a funiculus képleteiről való leválasztása után megnyitjuk, midőn kb. 10 cm³ tiszta savó ürül. Ezen tömlőből, a melynek alján a here volt látható, ujjunkkal a hasürbe nem tudtunk bejutni. A tömlő üregébe azonban egy epehólyagszerű, dudoros tapintatú képlet nyúlt be, mely egy másik vékony áttűnő tömlőben foglalt helyet. A dudoros képletre való óvatos metszésekkel ezen második tömlőt is megnyitjuk, a melynek tartalmát odanőtt cseplesz alkotta. A cseplesz reszekálása után a sérvtömlőt elzárjuk, a hydrocelet pedig Winkelmann szerint látjuk el. A műtétet Bassini-Pólya methodusa szerint fejezzük be.

* Előadás a Magyar Sebésztársaság hetedik nagygyűlésén.

Mindkét esetben tehát hernia encysticával volt dolgunk, a vékonyfalú sérvtömlő zacskószerűen belelógott egy hydrocele-zsákba, a melynek alján a here foglalt helyet. A sérvtömlő csak egy rétegből állott, a hernia és hydrocele egymástól nem volt elválasztható. Mindkét esetünkben tehát az encystikus sérveknek gyakrabban előforduló alakjával, a hernia encystica testicularissal állottunk szemben. Az encystikus sérveket ugyanis két csoportra oszthatjuk. Ha a proc. vaginalisnak az obliteratio alatt levő része nyitva marad, úgy hogy a here itt szabadon fekszik és a sérvtömlő ezen ectatikus proc. vaginalisba, vagy ha az folyadékkal telt meg, a hydrocele testisbe lóg bele, akkor hernia encystica vaginalis vagy testicularisnak nevezzük az encystikus sérvet. Ha azonban a here fölött a proc. vaginalis elzáródik, úgy hogy a here külön savós hártában foglalt helyet, míg a sérv a proc. vaginalisnak portio funicularisába, vagy ha abban hydrocele fejlődik ki, a hydrocele funiculiba invaginálódik, akkor hernia encystica funiculi spermatici-val van dolgunk.

Ez utóbbi igen ritkán fordul elő, az irodalomban mindössze csak egy esetet találtam, Michaux esetét, melyet Terillon közölt. A hernia encystica testicularisnak egyik alakja a hernia encystica communicans, a mely akkor jön létre, ha a hernia zsákja és a hydrocele egy nyíláson át közlekedik. Két ily eset van közölve (Berger, Sultan).

Az encystikus sérvek azonban nemcsak az említett megjelenési formájukban különböznek egymástól, hanem különösen az obliteratio helyét és a sérvtömlő minőségét illetőleg is többféle változatosságot mutatnak. Cooper szerint az obliteratio a subcutan lágyékgyűrű táján feküdt, míg Bourguet az obliteratio helyét az abdominalis lágyéknyílás táján találta, Kölliker, Michaux pedig a canalis inguinalisban.

Ezekkel ellentétben Jaboulay úgy a külső, mint a belső lágyékgyűrű obliterációját veszi fel. Egy másik eltérés, hogy míg Cooper-rel a szerzők nagy része a sérvtömlőt mint finom, vékony, áttűnő, egyrétegű savós hártát írja le, addig Bourguet, Heaton, Moynihan azt találta, hogy a sérvtömlő vastagfalú, bőven erezett és kettős serosus rétegből áll.

Könnyen érthető, hogy az encysticus sérveken talált ezen különböző pathologiai elváltozások szerint az eredetüket is különbözőképpen fogták fel. Cooper ezen sérvek keletkezését úgy magyarázta, hogy a processus vaginalis a külső lágyékgyűrű táján obliterálódik, a fölötte és alatta levő rész nyitva marad. Ha a processus vaginalis által alkotott már meglévő sérvtömlőbe belek kerülnek, ezek vagy a sérvtömlőt, vagy az obliteratio helyén lévő válaszfalat maguk előtt tolják és azt tágítva vagy az ectatikus tunica vaginalisba, vagy a már előzőleg képződött hydrocele-zsákba invaginálják. Tehát Cooper szerint az encystikus sérvek congenitalis eredetűek, a peritoneum parietale a sérvtömlő képzésében nem vesz részt, a sérvtömlőt igen finom, áttűnő, egyrétegű savóshártya alkotja. Ezen felfogással ellentétes Bourguet tapasztalata. Szerinte a processus vaginalis az abdominalis lágyéknyílás táján záródik, míg az alatta lévő rész nyitva marad. Azáltal, hogy a peritoneum parietale kiskokú bemélyedésébe az abdominalis lágyéknyílás táján belek jutnak, melyek a peritoneumot maguk előtt tolják, sérvtömlő jön létre, a mely az obliteratio alatt a nyitott processus vaginalisba invagináltatik. E szerint tehát a sérvtömlő szerzett sérv és kettős savóshártya veszi körül. Jaboulay az encystikus sérv keletkezésére a kettős obliteratio fölött, között és alatt a processus vaginalis kitágulását veszi fel, s a mint ő ezt kifejezi, a processus vaginalis kihúzott látcsőhöz hasonló. Ha a processus vaginalis legfelsőbb részébe belek kerülnek, ezek az alsó részekbe nyomják. Míg Dupuytren, Kocher és Selcke a hydrocele jelenlétét feltétlenül szükségesnek tartja addig mások, mint Krymow, a hydrocelet csak véletlen complicációnak tekintik. Ugyancsak ezen szerző az encystikus sérvek keletkezésére vonatkozólag az eddigiektől eltérő felfogást vall, a mennyiben szerinte a cremasterek contractiójának volna fontosabb szerepe a processus vaginalis obliterációjában és az encystikus sérvek keletkezésében.

Esetünkben, a hol a sérvtömlőt igen vékony serosus

réteg alkotta, a Cooper által elfogadott theoria látszik legvalószínűbbnek, a mit megerősít az egyik esetben talált még azon műtési lelet is, hogy a sérvtömlő nyaka körül heges gyűrű volt észlelhető.

Ha szigorúan a Cooper-féle definitióhoz ragaszkodunk, akkor azt látjuk, hogy az irodalomban ismertett encystikus sérvnek nagy része, Selcke szerint 24 közül 13, csak hernia és hydrocele combinatioja, és ezeknek egy részében a hydrocele a herniától szétválasztható. De a hol a rétegek egymástól való szétválasztása nem volna lehetséges, a diagnosisban segítségünkre lesz a sérvnek a hydrocelebe vagy ectatikus tunica vaginalisba való zacskószerű belelógása. A hol csak egyszerű beboltosulást találunk, az Cooper szerint nem encystikus sérv. Az encystikus sérvet — az említett sérv és hydrocele combinatioján kívül — utánozhatják az olyan szerzett, kettős tömlővel bíró sérvnek is, a melyek úgy jönnek létre, hogy a sérvkötő hordozása következtében a sérvtömlő elzáródik. A midőn aztán a beteg a sérvkötő hordozását abbahagyja, az elzáródás fölött levő tömlőbe belek kerülnek, a melyek a sérvtömlő felső részét az alsóba invaginálják. Dollinger egy hasonló esetében még a heges gyűrű is — miként Cooper-sérveknél — ki volt tapintható. A hydrocele bilocularis is, ha annak extraabdominalis részét megpungáljuk, encystikus sérvet utánzó sérvekhez vezethet. (Kocher.)

A diagnosis megállapítása úgy eseteinkben, mint az irodalomban ismertett esetekben csak a műtési lelet alapján volt lehetséges. Műtét előtt esetleg csak akkor, ha az alsó tömlőben folyadék van. Ilyenkor ha a beteg áll, a folyadék a herezacskóban gyűlik meg, míg a beteg fekvésekor a lágyéksatornában oszlik szét, a nélkül, hogy a hasűrbe volna beszorítható. Ugyancsak míg állás alkalmával a belek esetleg kitapinthatók, addig ha a beteg fekszik, azok nehezebben érezhetők, mert folyadék veszi körül őket.

Ha már most az eseteinkben észlelt műtési leletet az irodalomban talált adatokkal egybevetjük, a hernia encystica-ra vonatkozó ismereteinket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Hernia encysticáról akkor beszélhetünk, ha a sérvtömlő zacskószerűen az ectatikus tunica vaginalisba, illetve egy hydrocelebe belelóg. Herniák és hydrocelek combinatioi nem sorozhatók az encystikus sérvekhez.

2. Az encystikus sérvnek létrejöttét illetően eseteink is a Cooper-féle theoria helyességét teszik valószínűvé, a menyiben a sérvtömlő falát igen finom, áttűnő, egyrétegű savóshártya alkotta, a sérvtömlő nyakán heges gyűrű volt kitapintható.

Irodalom. A. Cooper: The anatomy and surgical treatment of inguinal and congenital hernia. (Német fordítása Key-től, Weimar, 1833.) — Kölliker Th.: Über die Hernia proc. vag. encyst. Festschr. f. A. v. Kölliker. Leipzig. 1887. — Krefft: Über encystierte Hernien. (Dissert. Freiburg 1896.) — Sachs: Untersuchungen über den Proc. vag. peritonei als praedisponierender Moment für die äussere Leistenhernie. (Arch. f. kl. Chir. 1887.) — Sultan: Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche, 1901. — Tschmarke: Kasuistischer Beitrag aus dem Gebiete der Herniologie. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1908, 95. kötet.) — Holzwarth: Kettős sérvtömlő képződése. (Orvosi Hetilap, 1909, 146. old.) — A. P. Krymow: Die Cooperische Hernie. (Arch. f. kl. Chirurgie. 1913, 101. kötet.) — Sultan und Kurtzhals: Über die Entstehung der Hernia encyst. und Hernia encyst. communicans. (Beiträge z. path. Anatomie. 1913, 57. kötet.)

Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Spondylitis tuberculosa

(2000 eset alapján).

Irta: Dollinger Béla dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

V.

1. A kórlefolyás.

A kórlefolyás főbb mozzanataira már megelőzőleg a pathologia és a tünettann fejezetében kitértem. Ismétlések elkerülése végett most inkább csak a különböző jelenségek

egymáshoz való viszonyát és fejlődésmenetét óhajtom röviden összefoglalni.

A spondylitis kórlefolyása ritka kivétellel *chronikus jellegű*; leírtak ugyan és magam is észleltem súlyos tünetekkel kezdődő hirtelen eseteket, de ezek igen ritkák és mindig osteomyelitisre gyanusak. A csigolyagyulladás *kórlefolyásának súlyossága* esetenként nagyon változik és több tényezőtől függ. Ezek egyike a tuberculosus folyamatnak a csigolyán való localisatioja. Az előzőkből már tudjuk, hogy a csigolyatest centralis folyamatai idézik elő a legsúlyosabb tüneteket, másrészt, hogy a csigolya compact állományának folyamatai aránylag nagyon enyhe tünetekkel járnak.

Nagy mértékben befolyásolja a kórlefolyást érthető okokból a folyamat kiterjedése is. Általában azt látjuk, hogy a megbetegedett csigolyák számának arányában nő a kórlefolyás súlyossága, annál inkább, mert a nagy gibbus és az erős másodlagos deformitások már a belső szervek működésének hátráltatása folytán is hozzájárulnak a betegség súlyosabb lefolyásához.

Egyes tünetek elmaradása vagy enyhe fokban, mintegy nyomokban megjelenése a betegre nézve mindig csak kedvező lehet. Már Lannelongue is megemlíti, hogy idősebb egyén lumbalis spondylitisében gyakran hiányzik a gibbus és csak psoas-tályog jelzi a tuberculosus csigolyafolyamatot. Ezzel szemben fiatal egyéneken néha nagy púpot látunk és ennek daczára a tályog és a bénulás elmarad.

A beteg kora is, mint már hangsúlyoztuk, nagy jelentőséggel bír a kórlefolyás tekintetében. Fiatal, jól táplált, szívós egyének szervezete functionális tartalékával nagy segítségére van a gyógyulásnak. Ezzel szemben az idősebb, gyakran egyébként is beteges egyének szervezete nehezen áll ellent a betegség sorvasztó hatásának.

Lényegesen befolyásolhatja a csigolyagyulladás kórlefolyását a beteg socialis állapota is. A vagyonos család jól táplált és a hygiene minden követelményének megfelelő környezetben élő gyermeke itt a legkedvezőbb véglet, míg a legkedvezőtlenebbet a nedves lakásban nyomorgó, gyakran még a betegsége alatt is nehéz munkát végző és az élet különböző csapásaitól sokszor különben is megviselt munkás képviseli.

Mindazonáltal azt mondhatjuk, hogy a lefolyás legkedvezőtlenebb volta egyáltalán nem befolyásolja a spondylitis kórképének kvalitását, ellenben annál inkább a tünetek súlyosságát.

Azt hiszem, nem végzek felesleges dolgot, ha a kórlefolyás szempontjából a tüneteket még egyszer röviden sorra veszem. A *gibbusról* tudjuk, hogy túlnyomólag lassan alakul ki és megjelenése után még oly esetekben is progressive előrehalad, melyekben a destructiós specifikus folyamat már lezajlott és a csigolyák ankylotizálódása is megkezdődött. A gerincoszlop statikai egyensúlya ugyanis a fokozott inflexio és a szöglettörés folytán meg van zavarva és így a már tárgyalt mechanikai okokból az inflexio, ha kellő megtámasztó készüléket nem alkalmazunk, a szöglettörés helyén tovább is fokozódik.

A *bénulásokat* illetően már említettük, hogy kedvező esetben néhány hét, máskor néhány hónap múltán visszafejlődhetnek. Az addig mozdulatlanul fekvő beteg ilyenkor lassanként mozgatni kezdi alsó végtagjait, majd önként járni is próbálkozik. A járást eleinte az izomzat sorvadtsága nagyon megnehezíti, de később az izomzat tonusa az ismételt actio folytán önként helyreáll és a járás mind biztosabbá válik. Érdekesekek Charcot közismert esetei, melyekben két idősebb asszony paraplegiája 8 évi fennállás után visszafejlődött.

A *tályogok* voltaképp csak akkor okoznak nagyobb kellemetlenséget, ha nagyobb idegek és vérerek, vagy a gerincvelő közvetlen közelében fejlődnek és velük collisióba kerülnek. Különben a tályogot gyakran maguk a betegek sem veszik észre és azt csak az orvosi vizsgálat deríti fel. A tályogok általában lassan terjednek s lassan telődnek és így mindig fokozatosan nagyobbodnak. A tünettannban is

említettem, hogy mennyire súlyos complicatiója e tályogoknak a sipolyképződés, a mi, kivált megfelelő kezelés hiányában, előbb vagy utóbb vegyes infectióhoz és ennek folytán igen gyakran általános sepsis vagy amyloidos degeneratio révén exitushoz vezet.

A spondylitises betegekben nagyon gyakran egyéb *tuberculosis folyamatokat is észleltünk*, így például spondylitises betegek között oly sokan jelentkeztek kifejezett tüdőtuberculosis-sal, hogy meggyőződhattunk arról, hogy a mi beteganyagunkban sem kapcsolódott az ritkábban a spondylitishoz, mint a milyen arányt mások külön erre irányított megfigyelései megállapítottak. *Lannelongue* úgy találta, hogy a spondylitises betegekben a tuberculosis másodlagosan leggyakrabban a belekre terjed át.

Végül igen nagy befolyással van a spondylitis kórlefolására a gyógykezelés is. A magára hagyott és elhanyagolt esetek lefolyását a tünetek korai jelentkezése, gyors kifejlődése és súlyossága jellemzi. De feltűnő, hogy még a fektető kezelés mellett is mennyivel kedvezőtlenebb a kórlefolás, mint a fennjáró kezelés mellett. Az ágyban veszteglő és sokszor egészségtelen szobában is lakó patients a betegség tartama alatt teljesen elsenyved és végül annyira elgyengül, hogy ha meg is gyógyul és bénulása nem is volt, jó ideig járni sem tud. Ezzel szemben a therapia fejezetében látni fogjuk, hogy az új gyógyeljárások, főleg pedig a *Dollinger*-féle fennjárató kezelés, mennyire enyhítik a kórlefolás súlyosságát és ezzel a beteg szenvedéseit és egyáltalán mennyire segítik a gyógyulást.

2. A gyógyulás.

A kórbonczolástani rész 8. fejezetében már vázoltam a spondylitis gyógyulásának kórbonczolástani folyamatát; itt csak röviden a gyógyulás klinikai képével foglalkozom.

Ugyiszólván minden esetben egyedül a gibbus, vagy igen szerencsés kimenetel mellett egy alig kiemelkedő processus spinosus alkotja a gyógyult spondylitis maradandó nyomát. A tályog rendszerint teljesen visszafejlődik és a fennállott bénulás is csak ritkán hagy maradandó tüneteket.

A spondylitis kedvező körülmények között tapasztalat szerint magától is meggyógyulhat, de a betegek ez esetben rendszerint nagy gibbus-szal, súlyos secundaer deformitásokkal s ennek következtében a belső szervek megnehezített működésével tengetik tovább életüket és általában nem érnek öregkort. Ugyanez áll a súlyos folyamatokat átszenvedett azon betegekről is, kik czélszerű kezelés dacára nagy kyphosissal gyógyulnak.

Megfelelő és kellő időben megkezdett kezelés mellett az esetek legnagyobb részében a gibbus nem is fejlődik ki, vagy csak kis fokban mutatkozik. Az ily esetekben csak a gerincoszlop merevsége árulja el a lezajlott spondylitist. Helyesen kezelt és csak egy csigolyára szorítkozó esetekben a merevség is elmúlhatik és a gerincoszlop ismét visszanyeri régi mozgékonyosságát. Nagyobb gibbus esetén a gerincoszlop deformált szakasza minden körülmények között merev marad ugyan, de a gibbus alatti és feletti rész újra teljesen mozgékonyává válik és mozgékonyásával mintegy kompenzálja a gerincoszlop localis merevségét.

Általában véve akkor nyilváníthatjuk a spondylitist gyógyultnak, ha $1\frac{1}{2}$ évig annak egyetlen tünete sem jelentkezett újra. A magától nem korrigálódó gibbus természetesen kivétel ez alól.

A recidiva, mely legtöbbször tályogképződésből áll, a gyógyuló spondylitis gyakori jelensége. Ennek azonban tapasztalatunk szerint nincs komolyabb jelentősége, mert e tályogok legtöbbször megfelelő kezelés mellett visszafejlődnek. Ezen késői tályogképződés intő jel arra, hogy a gyógykezelést és az utólagos ellenőrzést ne hagyjuk abba túlkorán.

A spondylitis gyógyulásának gyorsaságát és tökéleteségét ugyanazon körülmények segítik elő, melyeket a kórlefolás súlyosságát befolyásoló factorok megbeszélésekor érintettem, s melyek közül itt csak a czélszerű kezelést emelem ki újól. Hangsúlyozom még, hogy a czélszerű kezelés csak

akkor jár kielégítő eredménnyel, ha korán, lehetőleg a betegség jelentkezésének első idejében kezdjük meg. Ehhez viszont a spondylitis korai felismerése és kórképének teljes ismerete szükséges.

3. A prognosis.

A gümös csigolyagyuladás prognosisa régebben igen kedvezőtlen volt. A betegek egy része már a megbetegedés első idejében vagy ennek hosszabb fennállása után meghalt, a másik része pedig a tuberculosis csontfolyamat lezajlása után a mellkasi és hasüri szervek functióját hátrányosan befolyásoló nagy háti és mellkasi deformitásokkal gyógyult és ezek miatt, vagy pedig a gerincfolyamat kiújulása és általános gümőkór jelentkezése folytán ritkán ért öreg kort. A régebbi statisztikai adatok azért a mortalitás szempontjából néha feltűnően rosszak. *Hugelhofer* 57%, *Vulpus* 34% mortalitást említ. A kedvezőtlen prognosis oka főleg a még tökéletlen gyógykezelés volt. Az újabb orthopaediai gyógyeljárások, főleg általános diéta-hygiénés kezeléssel kapcsolatban, jelenleg már kedvezőbb kilátást nyújtanak a betegnek.

A kór illetőleg a spondylitis prognosisa annál rosszabb, mennél idősebb a megbetegedett egyén. Így pl. *Hoffa* meg volt győződve, hogy a 40 éven túl kezdődő spondylitisek csak ritkán gyógyulnak meg.

A gümös csigolyagyuladásban szenvedő egyént a betegség lefolyása alatt különösen háromféle veszély fenyegeti:

1. Tályogok és sipolyok képződése és ehhez csatlakozó lassu toxicaemia, illetve septicaemia.

2. A gümőkór generalizálódása, leggyakrabban tüdő- és bél-tuberculosis alakjában.

3. A cerebrospondylitis meningitis, mely a betegség bármely szakában jelentkezhet és rövidesen exitusra vezet.

Nagyon súlyosbodik a prognosis bénulások jelentkezése esetén, főleg ha hólyagzavarokkal is járnak. A hólyagzavarok tudvalevőleg előbb-utóbb cystitisre és pyelitisre vagy pyelonephritisre vezetnek.

Hoffa szerint a spondylitises folyamat gyógyulásához $1-1\frac{1}{2}$ év szükséges. *Mi azonban inkább Calot-hoz csatlakozunk, a ki a kórlefolást 3-4 évig tartónak mondja.*

A fiatal korban levő és erősebb egyének csigolyagyuladásának prognosisa természetesen kedvezőbb, mint az elgyengült, lesóványodott, esetleg tüdőtuberculosisban is szenvedő betegeké.

Igen nagy jelentősége van a prognosis szempontjából a gyógykezelés korai megkezdésének is. Sajnos, e tekintetben hazánkban még sok a mulasztás.

IV.

A gümös csigolyagyuladás gyógykezelése.

1. Bevezetés.

A gümös csigolyagyuladás gyógykezelésének első kísérletére *P. Pott* műveiben akadunk. Ezekben azonban azt látjuk, hogy míg *Pott* a pathologia felderítésében a tárgyilagosság útján maradt, addig a gyógykezelés terén elkalandozott a lényegtől. *Pott* spondylitis-gyógykezelésének legfőbb eszköze a kauterezés volt, mely abból állott, hogy a hát bőrén, a kóros csigolyák tövisnyulványainak mindkét oldalán izzó vassal vagy étető szerekkel egy-egy sebet étetett. E beavatkozás célja az volt, hogy a kóros csigolya helyén genyedő seb keletkezzék, mely a destruált csigolya kórokozó nedveit levezesse. Ma a spondylitis pathológiájának ismerete alapján ezen gyógyeljárást czélszerűtlennek kell tartanunk, mert tudjuk, hogy a sebzett bőr véreire és idegei és a kóros csigolya között semminemű összefüggés nincs. A cauterisatio, *Pott* nevével kapcsolatban, mint minden kétségen felül álló, egyedül célhoz vezető gyógyszer még sokáig használatban maradt és főleg mint a bénulások és a tályogképződés biztos ellenszere szerepelt. Érdekes, hogy a múlt század 50-es éveiben ezen eljárás rövid időre ismét feltámadt a „*pointes de feu*” neve alatt, sőt *Lannelongue* is, a cauterisatio

leghevesebb ellensége, a spondylitises pachymeningitis kezelésében gyógyhatást tulajdonított neki.

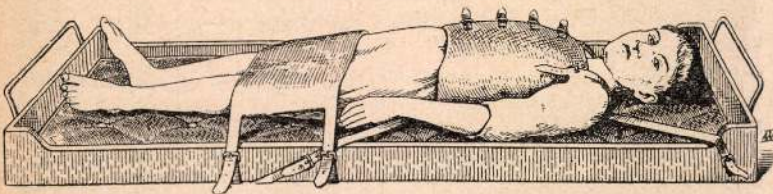
A régebbi gyógyeljárások a cauterisation kívül jeges borogatásból, jodtincturás beecsetelésből, húgyhajtók alkalmazásából, piócázásból, köpülőzésből, jod, vas és asa foetida adagolásából állottak. Mindezen okszerűtlen eljárások természetesen hozzájárultak a betegek szenvedéseinek fokozásához és a spondylitis tünetei alkalmazásuk dacára akadálytalanul fejlődtek ki. Ezen időkből a spondylitises beteg hosszas szenvedés után vagy meghalt, vagy ha életben maradt, nagy gibbussal és súlyos secundaer deformitásokkal, mint teljesen nyomorék tengette tovább rendszerint nem hosszú időre terjedő életét.

2. A kezdetleges fektető kezelés.

A spondylitis okszerű gyógykezelésének alapját F. David roueni orvos vetette meg az 1779-ben közreadott „*Sur les effets du mouvement et du repos en chirurgie*” című könyvében. Ő mondta ki először, hogy a csigolyagyulladás legfontosabb gyógyszere a csigolyák nyugalombahozatala. David neve, dacára annak, hogy a spondylitis helyes gyógykezelésének lényegét ő ismerte fel, elég érdemtelenül, sohasem vált közismertté, mert elnyomta Pott cauterisációs eljárásának nagy híre. Később Pott halála után tanítványai, Baynton és Earle, maguk is rájöttek a gerincoszlop nyugalomba helyezésének nagy jelentőségére és azt fektető kezeléssel vélték legcélszerűbben megoldani.

A fektető kezelés legegyszerűbb alakja abban állott, hogy a beteget hosszú ideig kemény matrácson hanyatt fekve tartották. E célra Lannelongue, Ménard és Busch külön fekvőkészülékeket szerkesztettek (l. a 32. sz. ábrát).

32. sz. ábra.



Ménard matráczos fekvőkészüléke.

33. sz. ábra.



Bonnet drótfonatos fekvőkészüléke.

E készülékek legfőbb alkotórésze egy jól párnázott lószőrmatrác volt, melyre a beteget különféle csattokkal reáerősítették. Legnagyobb hibája ezen készülékeknek az volt, hogy a beteg idővel saját súlyánál fogva lenyomta a párnázatot; ez által a gerincoszlop inflexióba került és ezen helyzetben könnyebben fejlődött ki a gibbus.

A matráczos fekvőkezelést Bonnet egy külön e célra szerkesztett, a 33. sz. ábrán látható drótfonatos készülékkel tökéletesítette, melynek előnye, hogy nem nyomódik oly könnyen össze és így a gerincoszlop nem kerül oly könnyen inflexióba, mint az előbb említett szerkezeteken.

Bamfield, Harrison és Verral a hátonfekvés helyett a hasonfekvést ajánlotta. E célra Behrend egy meglehetősen komplikált fekvőkészüléket szerkesztett, mely azonban még kevésbé akadályozta meg a gibbusképződést, mint az előbbieket és így csakhamar feledésbe ment.

Ezen fektetési mód tárgyalásakor óhajtók reámutatni általában a spondylitis fektető kezelésének felesleges, sőt káros voltára. Az említett és még említendő fekvőkészülékek alkalmazásakor a beteg nem járhat s így az egész izomzata tespedtté válik és elsovad. Az ily huzamosan fekvő betegnek szabad levegőn tartása nehézségekbe ütközik és a rendszerint rosszul szellőztetett szobában való állandó tartózkodás mellett a tuberculosis könnyen generalizálódhatik. Könnyen elképzelhetjük ezenkívül az évekig fekvő beteg depri-mált kedélyhangulatát is, a mi ugyancsak hátráltatja a gyógyulást.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szívarythmia klinikai jelentőségéről tartott nagyon érdekes előadást Wenckebach tanár. Az előadásnak a gyakorlat szempontjából fontosabb néhány részét az alábbiakban ismertetjük.

A szerző szerint a szívbetegségek arythmiája nagyon gyakran nem a szív erejének nagyfokú csökkenésén alapszik, hanem az arythmia maga az a károsító tényező, a mely a keringést, a szív szivattyúmechanizmusát megrontja és lehetlenné teszi, hogy a beteg szív félig-meddig elegendő módon tartsa fenn a vérkeringést. Iparkodnunk kell tehát megszüntetni az arythmiát. Elsősorban a beteg psychés megnyugtása jön itt tekintetbe. A nervinumok csodálatosképpen nem használnak. A bromtól a szerző sohasem látott eredményt, még leginkább a valeriana mutatkozott hasznosnak. Nagyon jól hat néha a strychnin kis adagban (naponként 2—3 mgr.). Súlyos aorta-elégtelenségben szenvedő egyik betegét, a ki rendkívül sokat szenvedett az erős extrasystolék miatt, ismételtén tudta hetekre megszabadítani az extrasystoliától a jelzett kis strychnin-adagokkal. A kámfortól nem látott eredményt, a bromkámfor adását is huzamosabb kísérletezés után abbahagyta. Kis adag digitalis (100—150 mgr. naponként porban vagy pilulában) is kedvező hatású lehet, még ha nem is insufficiens a szív; heteken át adott még kisebb adagok is jótékonyak lehetnek. Néha a physostigmin is megszünteti az extrasystolákat, pedig ez a szer a szívizomra hatástalan, csak a vagusra hat. Mások a vagust hűdítő atropintól láttak néha eredményt.

A mi a vezetés-zavarokat illeti: elsősorban az esetleg fokozott vagushatást kell kirekeszteni és erre legjobb az atropin. Meg kell kísérelnünk továbbá a szívverést meglassítani, mert a hosszabb szünetekben több ideje van az ingervezetésnek a legközelebbi verésre előkészülni. Jó tehát, ha a reconvalescensek egyszerű vezetés-zavara esetén továbbra is ágyban tartjuk az illetőket.

A pitvar-remegés („Flimmern“) megszüntetésére kísérletet tehetünk a digitalis-szal, mint a mely tetemesen meglassítván a kamaraműködést, ezzel megjavítja a vérkeringést. Két esetben chininnel (naponként 1 gr.) ért el jó eredményt a szerző. Az egyik eset erőteljes, egészséges emberre vonatkozik, a kinek sok éven át volt időnként pitvar-remegése, a mely 1 gr. chinin egyszeri bevitelére mindig prompte megszűnt. A másik esetben a pitvar-remegés még csak rövid ideje állott fenn, de ágyynyugalomra és digitalisra nem szűnt meg; chininnel ebben az esetben is úgyszólván rögtön meg volt szüntethető a remegés. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 6. sz.)

A hasüri zsigerek és a függőér bujakóros bántalmainak a hadiszolgálatra való befolyásáról értekezik Hoppe-Seyler. A máj bujakórja azért fontos, mert gyakran nem ismerik fel s helytelenül kezelik, holott idejekorán felismerve, a beteg visszanyerheti teljes munkaképességét. A májsyphilis képe nagyon sokféle. A bujakór

második szakában mint az epevezető hurutja vagy a v. portae körüli mirigyek megduzzadása folytán előálló sárgaság jelentkezik. A bujakóros sárgaságban a máj és lép rendesen duzzadt s a beteg lázas. Ha a folyamat hosszabb ideig áll fenn, az epealakat körülvevő kötőszövet burjánzása folytán túltengéses májsugorodás fejlődik ki. A máj felszíne e mellett sima vagy csak kissé hepehupás, sárgasága van a betegnek, lépe nagy, de hasvízkórja nincs, nem ritka a bajt kísérő intermittáló jellegű hőemelkedés. Máskor a nagy máj és nagy lép mellett található súlyos szegényvérűség az anaemia splenica, esetleg a pseudoleukaemia képet utánozza. A bujakórosnak lebenyes mája (hepar lobatum) már könnyebben felismerhető — legfeljebb rákkal téveszthető össze, mitől azonban a léptumor s a cachexia hiánya alapján megkülönböztethetjük. A máj szembeötlő és hirtelen megnagyobbodásával jár a gummaképződés is, a melyet rendesen láz kísér; a folyamat nagyon könnyen májtályoggal téveszthető össze. A pylephlebitis és peripylephlebitis luetica a portarendszer területén jelentkező pangással, hasúri vízkórral, a táplálécsatorna gyűjtő ereinek tágulásával s ebből eredő vérzésekkal jár. A megszokott intensív kénese- és jodkúrán kívül a szerző a lázzal és sárgasággal járó esetekben a heveny májsorvadást elkerülni óhajtván, a salvarsant nem ajánlja. Egyébként heti 0.2 salvarsan intravenás befecskendezésétől nem látott kárt. A kénese- vagy salvarsankezelést diéta és rendelkezésekkel támogatjuk. A hasnyálmirigy bujakóros megbetegedése a lebenyek közötti kötőszövet burjánzásával jár s következménye a Langerhans-féle szigetek sclerosisa és cukorbetegség. A veséket is megtámadhatja a bujakóros mérge: egyszer szövetségi, máskor parenchymás lesz a bujakóros vesegyulladás. Az említett zsigeri megbetegedéseket gyakran kíséri az erek bujakóros bántalmazottsága, különösen a Döhle-féle mesarteritis luetica. Míg a májsyphilis idejekorán kezelve gyógyul, az erek bujakórt befolyásolni nem tudjuk; itt inkább a baj megelőzésének van tere: a másodlagos bujakórt kell alaposan kezelni, s a mennyiben a dolog kivihető, óvjuk meg az ifjúságot a lueses fertőzéstől. (Med. Klinik. 1914, 48. sz.)

H. A.

Sebészet.

A fertőzött csont- és ízületi lövések kezeléséről tartott előadásában *Haberer* tanár megállapítja, hogy ízületi lövés sérülésekkor maga a lövedék csak igen ritkán okoz fertőzést, hanem az ízület csak később, a kezelés alkalmával fertőződik. Minél kevesebbet nyúlunk az ízülethez, annál biztosabb az aseptikus gyógyulás, a melyet aseptikus fedőkötéssel és az ízületnek nyugalomba helyezésével minden esetben elérhetünk. A provisorius drainezés vagy tamponálás műhiba.

Fertőzött ízületi lövés esetén — gázphlegmone kivételével — helyezzük nyugalomba a beteget s csak akkor avatkozunk be sebészileg, ha a láz és a fájdalom nem csökkennek s a duzzanat nyugalomra és párakötésre sem tűnik el. Ily esetekben célszerű aetherbódításban több kis nyílást készíteni az ízületen, hogy a genyet gummidrain segítségével levezethessük. Lehetőleg ne használjunk gaze-csíkot.

Sűrű váladék esetén hydrogensuperoxydot vagy 1–4%-os formalinoldatot alkalmazunk. Ha a csontok is sérülve vannak, ne szondázzunk, inkább röntgenezzük meg a végtagot. Nagyobb csontdislocatio esetén nyújtás. A másodlagos súlyos tályogokra nagy gondot kell fordítanunk, ezeket mindig a legmélyebb ponton tárjuk fel.

Ily módon számos végtagot fogunk az amputációtól megmenteni. Az ízületi merevséget orthopaediás kezeléssel szüntetjük meg. A lövedék eltávolítása csak az esetben javalt, ha helyzeténél fogva zavart okoz. (Med. Klinik, 1915, 7. sz.)

M.

A műszereknek a kötőhelyeken való gyors sterilizálására és sterilizálásra való tartására a következő eljárást ajánlja Gerson: A műszereket szappanspiritusba mártott vattával kétszer egy-egy percig ledörzsöljük s máris használ-

hatjuk vagy szappanspiritusos vattába göngyölve félretehetjük; ily módon azok 1–2 hétig sterilen maradnak. Ezen eljárásnak nagy előnye az, hogy a műszereket gyorsan be lehet csomagolni, nagyon kis helyen elférnek s nem rongálják egymást. Ha szappanspiritus nincs, akkor pálinka, bor, benzín vagy jodtinctura is helyettesítheti. A fenti eljárást *Casper* az urológiai műszerek sterilizálására szintén ajánlotta. A megbízhatóságáról a szerző oltásokkal is meggyőződött. (Mediz. Klinik, 1915, 8. sz.)

M.

Venereás betegségek.

A hadseregek nemi életét és venereás betegségeit béke és háború idején tárgyalja *Touton* tanár (Wiesbaden).

I. Történeti áttekintés az újkorig. Bizonyos az, hogy a legrégibb időtől egészen mostanáig a „háború” és a „szabad szerelem” fogalma mindenkor szoros viszonyban volt egymással. A skandináv-germán hősmundában ez a viszony még tisztult alakban található meg. Az elesett hőst walkürök viszik föl a magasba, a hol jutalmul boldogság és szerelem várja. A *Korán* is paradicsomi örömeiket ígér a hősnek, melyeket a huri-k nyújtanak majd neki. Persze ebből az ígért földöntúli szerelemből a legtöbb katona már itt a földön akart előleget kapni s azt mindenkor meg is szerezte. A régi idők harcosai természetesnek találták, hogy a fáradságos harcokat földi örömeik kövessék. *Krósus* lydiai seregeivel szépséges hárfázó s fuvalázó leányok is haladtak. *Xenophon* idejében minden ország harcosai nőket is vittek magukkal a háborúba. Az asszonyokat legtöbbször kocsikon vitték. A zsidók azonban nem eresztették be a táborba a leányokat, hanem azon kívül hagyták, a hol nagy tömegben összeverődtek s néha hírszolgálatot is teljesítettek. A trójai háborúban a görög hőseket rabszolganők vették körül. Ezt a szokást a görögök később is követték. Harcz közben nem egyszer az volt a legnagyobb gondjuk, hogy ezeket a nőket védjék. *Nagy Sándor* kezdetben nem tűrte, hogy katonáit nők kövessék, az általános szokásnak azonban még ő sem tudott ellenállni. Rómában a császárság koráig a katona nem nőstülhetett, a leányoknak pedig tiltva volt, hogy a katonákat a táborban fölkeressék. De úgy látszik itt is bőven akadt kivétel. Így *Scipiónak* (133 Kr. e.) a Numantia előtti táborból 2000 kéjnőt kellett kiűznie. A császárság későbbi századaiban a katonának már meg volt engedve a házasság, de a feleségét a táborba csak külön engedéllyel volt szabad magával hoznia.

A középkor kezdetén a prostitúciónak egy ideig a terjedő kereszténység s később a népvándorlás idején a germánok között vetett gátat. A germánok között ebben az időben azért nem virulhatott a prostitutio, mert a germán harcos ősi szokás szerint a háborúba magával vitte feleségét és gyermekeit. Sajátságos, hogy a tábori prostitutio a kereszties háborúk idején ült föl megint különösen a fejjét, jóllehet e háborúk jámbor és ideális célokat szolgáltak volna. Az első kereszties háború sikertelenségét részben arra lehet visszavezetni, hogy csupán egyes hadseregekben 20–30.000 kéjő és egyéb női személy haladt. *Bouillon Gottfried* hadseregében a kísérő nők katonailag szervezve s dorongokkal el látva voltak. A későbbi kereszties háborúkban sem volt ez másként. Még akkor sem, a mikor *Szent Lajos* (IX.) szigorú rendeletet adott ki a prostitutio elfojtására. A prostitutiót egyébként akkor mindenütt üldözték hivatalosan, de sok hásszonnal ez mind nem járt, pedig a súlyos büntetéseket még az orr levágásával is megtoldották. Később azonban a hadseregekben levő kéjők úgylátszik el lettek ismerve, mert Franciaországban, Németországban és Angliában e nők élére felügyelőt állítottak, a kinek részt kellett fizetniük. A prostitutio azután különösen az olasz condottieri-k bandáiban virult megint, kivétel csak *Skanderbeg*, a híres törökverő örmény fejedelem serege, melyből a nők ki voltak zárva. De egyebütt a régi szokás megmaradt. Egy időben egy-egy századra nyolcz nőt számítottak, a kik lóháton követték a katonákat.

A hadseregben divó prostitúciónak egyik legkimagaslóbb

mozzanata az volt, a mikor VIII. Károly francia király Nápolyt ostromló seregében a syphilis kezdett rohamosan jelentkezni. A szerző itt nem bocsátkozik bele annak a kérdésnek kutatásába, hogy az európai syphilis ettől fogva kezdett-e csak terjedni, vagy hogy már régebben, *Kolumbus*-nak hazatérő katonái előtt is megvolt már Európában a betegség, hanem csak ismerteti azt a tényt, hogy a syphilis súlyos dühöngése akkor lepte el egész Európát, a mikor a francia seregnek szedett-vedett zsoldosai a szélrőzsza minden irányában szétszóródtak.

Németalföld elszakadásakor *Alba*-nak seregében megint vagy 2000 kéjnt találunk. Ezek egyébként katonásan szervezkedtek s maguk közt betartották a szigorú etikette-et és rangot, a szerint, hogy a parancsnoknak vagy a kapitánynak szeretőjéről, avagy gazdag, vagy egészen szegény katonakéjnről volt szó. De e nőknek nem volt mindig tűrhető jó dolguk. Így *Strozzi* francia marsall egy ízben több mint 800 alkalmatlan kéjnt a vízbe dobott. Persze ez sem használt s a 30 éves háború története mutatja, hogy a prostitútiót nem lehetett a hadseregekből kiirtani.

Az első törekvés, hogy a hadakozó katonák nemi betegségének gátat szabjanak, *Graf Johann v. Nassau-Siegen*-nek 1608-ból eredő hadiparancsában található. A harmincz éves háború alatt a német seregekben is roppantul elharapózott a táborban tartózkodó nők száma. Egy-egy gyalogsági ezredre legalább 4000 kéjnt esett. Előfordult akkoriban, hogy a katonákat hadparancs kötelezte, hogy ezekkel házasságot kössenek. Hogy fogalmat nyerjünk e nők tömegéről, megemlítjük, hogy *Wallenstein* Nürnberg előtti táborában 15.000 nő tartózkodott s hogy a háború végén, a mikor a császári és bajor sereg 40.000 katonából állott, ennek kíséretéhez 140.000 személy tartozott, a kik leginkább suhanczokból és kéjnből állottak. Ellátást csak a katonák kaptak, a kísérek rablásra voltak utalva. Nemsokára ezután Strassburgban megint divatba jött, hogy a kéjnteket orrcsonkítással büntették. A 17. és 18. században egyébként divatba jött a hadbavonuló katonafeleség institúciója. Az asszonyok és gyermekeik nyomorusága akkoriban szörnyű volt.

A 18. században a katonák házassága már szétében meg volt engedve, de azért a garnisonokban annál jobban virultak a bordélyházak. A hétéves háború alatt odáig jutott a dolog, hogy Berlinben a katonákat bordélyházakba szállásolták el, közben természetesen a katonai hatóságok egyre küzdöttek a prostitútió ellen. Ujra megtiltották a kéjnből a táborban való megjelenést, sőt az annak közelében levő kéjntek által vezetett csárdaféle helyiségek tartását is. Mainz ostromának (1793) idejéből betekintést nyerünk egy ilyen csapszék életébe, melyben négy kéjnt volt alkalmazva. Szépség és kor szerint külön taksájuk is volt. A legszebbnek 45 krajczár járt, az öreg Katinak azonban csak 18 krajczár. *I. Frigyes Vilmos*-ról és *Napoleon*-ról tudjuk, hogy nagyon üldözték a katonai prostitútiót.

Mindebből csak az látszik, hogy mennyire igaza van *Parent Duchatelet*-nek, mikor a párisi prostitútióról írott könyvében azt mondja, hogy mindenütt, a hol katonák nagy számban együtt vannak, a kéjntek csaknem törvényszerűen odasereglenek.

Végül még néhány adat a 19. században történt intézkedésekről, melyek erre a kérdésre vonatkoznak. Belgiumban 1842-ben kötelezővé vált, hogy a katona megnevezze azt a helyet, a hol fertőzését szerezte. Ezt csakhamar Németország is átvette. A hatás igen kielégítőnek bizonyult, mert 190 katonára csak 1 venereás esett, ezzel szemben Strassburgban minden 39., Lyonban pedig minden 40. katonára esett egy-egy venereás. *Fournier* Franciaországra nézve azt követelte, hogy a katonát venereás baja miatt ne büntessék, mert az csak eltitkolásra vezetne. Franciaországban az is bebizonyult, hogy a hol a bordélyházakat bezárták, ott utóbb a katonai hatóság maga kérte az újból megnyitásukat (pl. Amiens városa). Angliában az 1866-ban kiadott contagious diseases acts igen jó hatással voltak a katonák egészségi viszonyaira

nézve. Ez alapon a rendőrségnek jogában állott bármely nyilvános kéjnt megvizsgáltatni s betegség esetén kórházba helyezni. Ezt az intézkedést 1883-ban felfüggesztették s a kéjnből „jogában” állott, hogy kórházban kezeltesse magát. A nemi bajok azóta megint szaporodtak az angol katonák és haditengerészek között. Indiában a nemrég meghalt *Roberts* lord 1886-ban úgy intézkedett, hogy oly helyeken, a hol kórház nem volt, a katonaság úgynevezett „ezred-bazárokat” (bordélyházak) állított föl, a hol a katonák számára csinos és egészséges nőket fogadtak föl. Ezt a boxerlázadás alkalmával Kínában a német parancsnokok is utánózták, kitűnő eredménnyel. Az angol parlament azonban immoralitást látott ebben az egészségügyi intézkedésben és 1888-ban eltörölte. A búr háborúban az angol hadsereg hivatalosan bordélyházakat is vitt le Afrikába. A nők leginkább francia nők voltak s Fokvárosban ezért a kéjnteket röviden french ladys-nek, vagy french girls-nek nevezték. A mikor az Unio a Philippineket megszállta, a csapatoknak bordélyházakat hoztak hivatalosan s egyben a prostitútiót ellenőrzés alá helyezték. Az orosz-japán háborúban a japánok hygienice kifogástalan bordélyházakat vittek magukkal. (Berlin. klinische Wochenschrift, 1915, 1. füzet.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Jodtinctura helyett a bőr fertőtlenítésére *Schumacher* szerint jól használható a következő eljárás. A következő két oldatot tartjuk készletben: I. Kalium jodatum 2'0, Aquae, Spiritus aa 5'0. — II. Ammonium persulfat 2'0, Aqua, Spiritus aa 5'0. Előbb az I. számú oldatot kenjük a bőrre fapálcikára tekert vatta segítségével, s utána a II. sz. oldatot (másik vattás pálcikával). 50 másodpercz múlva ugyanolyan a bekent terület, mintha jodtincturával kentük volna be. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 8. szám.)

A haemorrhoidok ellen *Alexander* is jó eredménnyel használja a *noridal*-suppositoriumokat, a melyek chlorcalciumból, jodcalciumból, paranephrinből és perubalzamból állanak. A chlorcalcium vérzéscsillapító és alvadásteljesítő hatású, a jodcalcium a felszívódást segíti elő, a paranephrin a vérzést csillapítja s egyúttal vértelenít, a perubalzsam pedig szagtalanít és szárít. Haemorrhoidokon kívül fissura ani, végbélvérzés, pruritus és tenesmus eseteiben is ajánlja e suppositoriumok használatát. (Mediz. Klinik, 1914, 49. sz.)

Az ervasin-calcium használatáról csúzos bajokban ír *Linné*. Az ervasinnal tett kedvező tapasztalatairól már két év előtt beszámolt; a mióta azonban az ervasin calcium-sója forgalomba került, csak ezt használja jól oldhatósága miatt, napi 4—10 gramm mennyiségben vagy tabletták alakjában, vagy pedig oldatban. A szerző nem osztja ugyan azok nézetét, a kik az ervasint a legjobb csúzellenes szernek tartják, azt azonban bátran meri állítani, hogy általában jól és biztosan ható szer, a mely a gyomrot nem bántja és ezért kiterjedtebb használata teljesen jogosult. (Medizin. Klinik, 1914, 36. sz.)

A tetanus prophylaxisára *Arnd* és *Krumbein* klinikai és kísérleti vizsgálatok alapján a tetanus-antitoxinon kívül a salolt ajánlja napi 4—6 gramm adagban. (Schweiz. Korrespondenzbl., 1914, 48. sz.)

A paracodin (*Koll*) nevű narcoticummal *Baumann* nagyon kedvező tapasztalatokat tett. Mindenekelőtt kupirozó hatását látta nátha eseteiben. Pleuritis, bronchitis és tüdőgümőkör eseteiben határozottan kedvezőbb volt a hatása, mint a codeiné; sokszor ugyanoly erősen hatott, mint a morphium, a nélkül hogy szorulást okozott volna. Rendszerint 3-szor ad naponként 1—3 tablettát. A gyermekkorban is bátran használható a paracodin, különösen pertussis ellen mutatkozott hatásosnak. Kellemetlen mellékhatásokat sohasem észlelt a szerző. (Wiener klin. Rundschau, 1915, 44—46. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 10. szám. *Molnár Béla:* A katonák szívizvsgálatának egy fontos hibaforrásáról. *Szegő Kálmán:* Betegeink a tengerparton.

Budapesti orvosi újság, 1915, 10. szám. *Szécsi Jenő:* A typhus abdominalis vaccinothériája.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Vajda Ignác* dr.-t Szigetváron államvasuti pályavörössá neveztek ki.

Meghalt. *Grentzmacher György* dr. késmárki járásorvos 29 éves korában az északi harcztéren. — *Szikes Lajos* dr. vidombáki körorvos 74 éves korában. — *Ifj. Honéczy Gyula* dr. 33 éves korában márczius 4.-én. — *Talányi Ottó* dr. községi orvos Kúnszentmártonban márczius 3.-án 60 éves korában. — *Csató Sándor* dr. járásorvos Mátészalkán. — *H. Apolant,* a serologia rendk. tanára a frankfurti egyetemen, *Ehrlich* munkatársa különösen a rákra vonatkozó kutatásokban, 49 éves korában.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről az 1915 február hó 8.-ától 14.-éig terjedő héten 8 cholera megbetegedést jelentettek 3 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Városok:* Budapest 1, Debreczen 1, Szatmár-Németi 1. *Vármegyék:* Bács-Bodrog vm.: Titel 1; Bereg vm.: Munkács 1; Heves vm.: Hatvan 1; Jásznagykúnszolnok vm.: Szolnok 1, Karczag 1. A megbetegedések közül 4 az északi, 3 a déli harczteréről érkezett katonák és katonai fuvarosok között, és 1 a polgári lakosság között fordult elő. A múlt hétről utólagosan jelentett 7 megbetegedés közül 5 katonák közt, 2 pedig katonai munkások között fordult elő.

Statisztika a Vöröskereszt-egylet kórházairól. Az egylet összeállította a legújabb adatok szerint a pontos statisztikát arról, hogy a magyar vöröskereszt-egylet révén hány sebesült, beteg és lábadozó harczost látnak el és ápoltnak egyesek és testületek. A vöröskereszt-választmányok és fiókegyletek közül 317 tett ajánlatot összesen 22.401 ágy fentartására. És pedig ellátnak 17.535 sebesültet (78,3%), 1182 beteget (5,2%) és 3684 lábadozót (16,5%). Egy-egy kórházra esik átlag 71 ágy. Városok és községek 673 ajánlatot tettek 27.236 egyénre. És pedig 12.926 sebesültre (47,5%), 2091 betegre (7,6%) és 12.219 lábadozóra (44,9%). Egy-egy kórházra esik átlag 40 ágy. Társaságok, intézetek és egyesületek 463 kórházat tartanak fenn 25.666 ágyval. Ebből esik 43% 10.991 sebesültre, 5,5% 1427 betegre és 51,5% 13.248 lábadozóra. Egy-egy kórház átlaga 55 ágy. Gyógyintézetek 118 ajánlatot tettek 10.051 ágyval. És pedig 6105 sebesültre (61%), 2259 betegre (22,5%) és 1687 lábadozóra (16,5%). Egy-egy kórház átlaga 85 ágy. Magánosok 351 ajánlattal szerepelnek, a melyek 6581 ágyat ölelnek fel. Ezekben ápoltnak 3699 sebesült (56%), 308 beteg (4,5%) és 2574 lábadozó (39,5%). Egy-egy intézet átlaga 18 ágy. Összesen tehát van 1922 kórház 91.935 ágyval. A Horvát-Szlavonországban lévő egészségügyi intézetek a közölt adatokban nem foglaltatnak.

Hadegészségügyi kiállítás. A hadsegélyző bizottság kórházi albizottságának kezdeményezésére február hó 27.-én megtartott értekezleten megalakult a hadegészségügyi kiállítás munkabizottsága. *Lukács György* dr. belső titkos tanácsos, elnök, ismertetve a kiállítás tervét. Az országos hadsegélyző bizottság égisze alatt rendezendő hadegészségügyi kiállítás felölelné mindazt, a mi a hadsereg, a haditengerészet és a honvédség körében az egészségügy szolgálatában történik. Magyarországnak a közegészségügy terén oly intézményei vannak, a melyeket eddig a nagyközönség nem ismert kellőképpen. A kiállítás megmutatja azokat a módokat is, a melyek szerint a hadi szolgálatban rokkantá vált testvéreinket visszaadjuk a munkának és a társadalomnak. Pár héttel ezelőtt a németek is létesítettek egy ilyen kiállítást, a melyet először Berlinben mutattak be s azután elvittek Drezdába. *Lukács György* és *Ascher István* Drezdában és Berlinben járt és az illetékes körökkel arra a megállapodásra jutott, hogy ezt a kiállítást a legnagyobb készséggel átengedik a Budapestben való bemutatás céljaira, mert ez a szövetségesek összetartásának ápolását is szolgálja. A német kiállításnak van egy történeti része, a hol a hadegészségügyre vonatkozó érdekességek története, főleg a középkorra vonatkozólag, képekben látható. Van egy része, a mely a hadsereg egészségügyére vonatkozó látnivalókat tünteti fel a lövészároktól a főhadiszállásig. A tengerészeti kiállítás clouja egy nagy csajahajó, a melyet a közönség végig járhat. A rokkantkiállítást mozgófényképekkel kísérik. Nagyon érdekes a fertőző betegségek ellen való küzdelemre, valamint a Röntgen-ügyre vonatkozó rész. Végül külön osztályon mutatják be az önkéntes ápoló intézeteket, a Vöröskeresztet és a Johannita-rendet. Ezt a német kiállítást fogják Budapestre hozni, de e mellett bemutatják a magyar hadegészségügyi intézményeket is. A kiállítás pénzügyi része máris biztosítottnak tekinthető és tiszta jövedelmét hadsegélyző célokra fogják fordítani. Az értekezlet nagy helyesléssel fogadta az elnök előterjesztéseit, a melyeket egyhangúlag magáévá tett. Ezután a részletkérdésekre vonatkozóan vita indult meg, a melynek folyamán az a nézet alakult ki, hogy a kiállítás céljaira Ausztriából is minél több anyagot kell beszerezni, mert akkor lesz ez igazán a szövetségesek kiállítása. A hadegészségügyi kiállítás irodája már márczius hó 1.-én megkezdte működését a képviselőház 4. számú bizottsági termében, hol a bizottság tagjai naponta este 6 és 8 óra között gyűlnek egybe.

Személyi hírek külföldről. *Ribbert* bonni tanár, a híres pathologus, a napokban érte meg 70. születésnapját. — *F. Hueppe* dr.-t, a prágai német egyetem volt hygienetánárát, a ki jelenleg Drezdában él, a szász király a háború tartamára vezértörzsorvossá nevezte ki. — *J. Fraenkel* (orvosi chemia), *R. Maresch* (kórbonczolást) és *W. Türk* (belorvostan) bécsi magántanárok valóságos rendk. tanárok lettek, *J. Fabricius* (nőorvostan), *L. Freund* (bőrkórtan), *R. Kienböck* (röntgenologia), *H. Lorenz* (sebészet), *M. Oppenheim* (bőrkórtan), *E. Stransky* (idegkórtan), *K. Schwarz* (élettan), *J. Wiesel* (belorvostan), *J. Zappert* (gyermekorvostan) ugyancsak bécsi magántanárok pedig rendk. tanári címet kaptak.

A marienbadi orvosi üdülő-otthon (Aerzteheim) májustól szeptemberig Ausztria-Magyarország és a Német birodalom orvosai számára 50 szabadhelyet bocsát rendelkezésre; ebben bennfoglaltatik: az orvosi otthonba felvétel egy hó tartamára (csékely fentartási járulék fizetése ellenében), a gyógy- és zenedij alóli felmentés, szabad fürdőhasználat, árkedvezmény vendéglőkben és színházakban stb. Pályázók (csakis orvosok) sziveskedjenek azon hó megjelölésével, melyben a szabad helyet igénybe venni óhajtják, kérvényüket f. é. márczius 30.-áig beküldeni. Az egyesület tagjai (az egyesületi tagdíj legalább 5 korona) az alapszabályok 8. §-a szerint a helyek betöltésekor előnyben részesülnek. Orvos felesége csakis férje kíséretében és annak ápolása céljából nyelhet felvételt. Különösen azon orvosokat veszik figyelembe, kik a jelenlegi háború alkalmából kifejtett tevékenységükből kifolyólag betegedtek meg és kiknek harci sebesülés, rheumás megbetegedés, szív-affectio stb. folytán lápfürdőkre, szénsavas fürdőkre stb. szükségük van; ezek felvétele már most megtörténhetik. Kérvények, kérelemzárók és belépő-nyilatkozatok (visszaboríték melléklendő) a következő címre küldendők: *Vorstand des Vereines „Aerztliches Erholungsheim“ in Marienbad.*

A Piette-féle papírpólya, mely a Calicot-pólya legjobb és legolcsóbb pótléka, már mindenütt használják úgy a hadügyminiszteriumban, mint az összes magánkórházakban és katonai tartalékkórházakban. A háború alatt ugyanis rájöttek, hogy az eddig használt drága kötőszerek helyett papíryanagból való kötők is alkalmazhatók legjobb eredménnyel és azóta igen elterjedt ezek használata. A *Piette-féle* papírpólyát az ismert osztrák *Piette-féle* papírgyár gyártja, egyedüli árusítója pedig az *Adolf Reiss* cég, Wien, X., Davidg. 89.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifüggő ellátás. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételtnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forróleghőkezelések, frigoriterapia, fürdők. Kosmetikai eljárások és műtétek.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujjonnan átalakítva. Prospectus.

DR. GÁMÁN BÉLA diétás-gyógyintézet **VOLOSCA-ABBZIA.**

Budapesti medicomechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R.T.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézet **UJTÁTRAFÜRED.** Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium. Fekvő- és hiszáló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhoz. **„LÁPSÓ”** száraz kivonat ládákban a 1 kiló **LÁPLUG** folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: IX. hadsebészeti értekezéslet. 152. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (I. rendes tudományos ülés 1915 január hó 16.-án). 153. lap.

IX. hadsebészeti értekezéslet.

(Folytatás.)

Paulikovits Elemér: Neurolysis a n. radialis nyomási bénulása esetében.

K. F. 31 éves gyalogos augusztus 23.-án srapnell-lövés-től eredő nyílt felsőkartörést szenvedett, mely vidéki kórházakban két hónapi kezelés után erős hypertrophiás callussal gyógyult. Körülbelül egy hónappal a sérülés után vette észre, hogy kezefeje fokozatosan lehanyatlak és active nem tudja már felemelni. Ily állapotban került november 8.-án felvételre. Villamos vizsgálattal az idegvezetés megszakított-nak bizonyult. Mivel kétségtelen volt, hogy a hypertrophiás callus nyomása okozza a bénulást, november 11.-én a callus mentén vezetett spirális metszéssel a m. brachialis és brachio-radialis közt felkerestük az ideget és azt felfelé követve, azt találtuk, hogy valóban a hypertrophiás callusba van beágyazva. Ekkor vésővel óvatosan kiszabadítottuk az ideget a csonthégből és mivel azt találtuk, hogy a nyomás helyén csak erősen megvékonyodott, de folytonosság megszakítást sehol sem mutat, a callusban széles vályút készítettünk számára és egy a szomszédságból vett zsírlebensyt helyezve rája, a műtét sebét rétegesen zártuk. Reactionmentes lefolyás után a műtétet követő két hét múlva eszközölt villamos vizsgálat alkalmával az idegvezetés már ki volt ugyan mutatható, de activ működés még nem volt látható. Sajnos, betegünk december közepe táján elhagyta kórházunkat és további sorsáról nem tudunk.

Paulikovits Elemér: Aneurysma arteriae femoralis két esete.

1. O. R. 22 éves gyalogos augusztus 19.-én szurony-roham alkalmával sérült. Közvetlenül a szúrás után igen erős vérzés indult meg, mely azonban erős nyomókötésre megszűnt és a sebzés más kórházban teljesen meggyógyult. Szeptember közepe táján vette észre, hogy czombja közepén erősen lüktető daganat fejlődik, mely heves fájdalmat vált ki a czombjában. Ez okból szeptember 29.-én osztályunkra vétette fel magát. Felvételkor a czomb középső és alsó harmada határán tyúktójsányi aneurysma volt kimutatható, mely rohamosan lúdtójsányira nőtt. Ez okból október 10.-én feltártuk az aneurysmát és lekötés után kiirtottuk. Érvarratot vagy endoaneurysmoraphiát, tekintettel a sérülés nagyságára, nem tudtunk végezni. Reactionmentes lefolyás után a műtét sebzés nyolczadnapra begyógyult. A végtag működésében és vérrellátásában semmi zavar sincsen.

2. S. K., 28 éves gyalogos december 2.-án szenvedett el lövési sérülést jobb czombja felső harmadában. Vidéki kórházakban kezelték, hol sérülése teljesen meggyógyult, de czombja felső harmadában egy erősen lüktető és fokozatosan növekvő daganat maradt vissza. Február 10.-én került osztályunkra, mikor az aneurysma kétségtelenül meg volt állapítható. Ez okból február 13.-án műtétre határoztuk el magunkat és feltárás után azt találtuk, hogy a czomb felső harmadában jókora strucztojsányi haematoma communicans áll fenn, mely egészen a czombcsontig terjed le és annak periosteumával erősen össze van növe. A mint a bemutatott készítményen látható, a sérülés a czombverőér belső falát érte és a gyűjtőeret teljesen átszakította. A haematoma communicans az erek előzetes lekötsége után kipraeparálva kiirtottuk és a műtét sebét drainezve, zártuk. A beteg jelenleg jól van; az illető végtagon sem működési, sem vérrellátási zavar nem áll fenn.

Paulikovits Elemér: Aneurysma arteriae cubitalis.

Sz. D. 30 éves gyalogos szeptember 14.-én szenvedett lövési sérülést. A sérülés után erősebb vérzés nem állott fenn

és csak két nappal később vette észre, hogy könyökhajlatában erősen lüktető daganat keletkezik, mely fokozatosan nő. Ez okból november 21.-én osztályunkra vétette fel magát. Ekkor a könyökhajlat felső felében lúdtójsányi aneurysma volt kimutatható. Ez okból november 23.-án műtétre határoztuk el magunkat és feltárás után az erek előzetes lekötségevel kiirtottuk az aneurysmát. A bemutatott készítményen látható, hogy ez esetben is haematoma communicansal van dolgunk, mely az arteria, illetve vena cubitalis sérüléséből indul ki. A műtét sebét rétegesen zártuk. A további lefolyás teljesen reactionmentes volt. A végtag működésében, a vér ellátásában sehol sincsen zavar.

Paulikovits Elemér: A vese lövési sérülése után végzett vesevarrat.

W. G. 25 éves őrvezető október 19.-én szenvedett sérülést. A löveg a bal mellkasfél alsó részén a IX. borda csúcsánál hatolt be s a vesetájon, két harántujjnyira a gerincoszloptól, hagyta el a testet. Közvetlenül a lövés után erős vérvelés, a herékbe és a mony tövébe kisugárzó fájdalmak és heves cremastergörcsök jelentkeztek, mely tünetek a felvételkor (november 4) még fennállottak s ekkor a vesetáji sebzésből élénk vizeletszivárgás is állott fenn, mely drainezésre fokozódott. Ez okból november 17.-én a vese feltárására határoztuk el magunkat. A capsula adiposában vizelettel szennyezett véralvadékokat találtunk, melyek kitakarítása után kintűnt, hogy a bal vese alsó polusa „V” alakban lerepedt s csak a belső felszínen függ össze ujjnyi kocsnánnyal a vese felső részével. A lerepedt alsó polust a vese saját tokjának felhasználásával négy csomós catgutöltéssel visszavarrtuk a helyére és fölötté a zsírtokot néhány csomós öltéssel egyesítve, a seb legnagyobb részét előzetes drainezés után bevarrtuk. A beteg hőmérséke a műtétet követő napon 38.7°, de a vizelet már csak nyomokban mutat vért. Másnap hőmérséke 39.4° volt és erős meteorismus is állott fenn, mely kellemetlen tünetek azonban harmadnap teljesen elmúltak, a vizeletszivárgás teljesen megszűnt, a vizelet megtisztult és a vizeletspanaszok is lényegesen enyhültek. Nyolczadnapra a műtét sebzés meggyógyult és a drainezés helye is tisztán kezdett sarjadzani. Ma a seb már teljesen begyógyult és a beteg vizeletelválasztása, mint arról ureterkatheterezés útján szereztünk meggyőződést, teljesen normalis.

Paulikovits Elemér: A vese lövési sérülésének két esete.

1. B. S. 28 éves gyalogos augusztus 16.-án szenvedett sérülést. A löveg szilánkjai a bal vesetájon hatoltak be. Közvetlenül a lövés után a vizelet véres lett, a vese- és hólyagtájon heves görcs-szerű fájdalmak állottak be, melyek a herékbe és a fossa navicularisba sugárzottak ki. Ilyen állapotban került felvételre augusztus 24.-én. Conservativ kezelésre a beteg állapota lassanként megjavult, de szeptember 10.-én urotropinra ismét erős vérzés állott be, mely csak intramuscularisan alkalmazott ergotin-befecskendezésekre szűnt meg. A beteg egy héttel később ismét jól érezte magát. Október 5.-én heves vesetáji fájdalmak kíséretében a bal vese táján fájdalmas duzzanat jelent meg, a beteget kirázta a hideg és a vesetáji bőre vizenyős lett. Mivel a tünetek mind vesekörüli genyedés mellett bizonyítottak, október 23.-án műtétre határoztuk el magunkat. Ferde lumbalis metszéssel hatoltunk be és a vesekörüli tályogot feltárva, belőle a derékszíjból eredő bördarabokat, faszilánkokat és ölömdarabkákat távolítottunk el. A sebet drainezve, sarjadzásra bíztuk. A további lefolyás teljesen zavartalan volt, a beteg egy hónapi kezelés után teljesen meggyógyult.

2. K. B. 30 éves gyalogos november 26.-án szenvedett sérülést. A löveg a jobb vesetájon hatolt be és a testben megakadt. Vidéki kórházakban conservative kezelték február

elejéig. Osztályunkra február 10.-én került. A Röntgen-felvétel a löveget a vesetájon mutatta. Másnap annak eltávolítására határoztuk el magunkat. Ferde lumbalis metszéssel hatoltunk be és a löveget, mely kisökölnyi veseköri tályogban feküdt, minden nehézség nélkül sikerült eltávolítanunk. A további lefolyás teljesen zavartalan, a betegnek ma már nincsen panasza.

Paulikovits Elemér: Az arteria brachialis varrata lövés okozta sérülés után.

N. J. 23 éves gyalogos augusztus 23.-án szenvedett sérülést. A puskagolyó a jobb kulcscsont közepe alatt két harántujjnyira hatolt be és a jobb felkar legfelső részének külső szélén hagyta el a végtagot. Felvételre augusztus 24.-én került, mikor is az egész jobb felső végtag teljesen béma volt és a mellkas hátulsó felszínének legfelső részén kistok, felszívóféltben lévő vérömleny volt látható. A sérülés egy heti kezelés után teljesen gyógyult, a felkar funkciója azonban nem akart helyreállni. Mivel az idegtörzsek sérülésére volt gyanunk, szeptember hó 4.-én műtétre határoztuk el magunkat. A hónaljárok közepe táján hatoltunk be és felkerestük a felkart ellátó idegtörzseket. A mint a medianus villájához értünk és azt kissé felemeltük, igen heves vérzés támadt a verőérből. Erre leszorítottuk az arteria axillaris s felkerestük a vérzés helyét. Kitértünk, hogy a verőér elülső falán borsónyi, erősen zúzott szélű anyaghiány van, mely nyilván a golyó okozta sebzés eredménye, a mi mellett szólt az a körülmény is, hogy az idegtörzsek között jókora diónyi, lazán alvadt vérrögökkel kitöltött üreg foglal helyet, melyet kitakarítottunk. A verőéren lévő anyaghiány széleit óvatosan kiegyenlítve, az eret Carrel stich-technikája szerint elvarrtuk és miután meggyőződünk arról, hogy az érvarrat jól tart, a sebet rétegesen zártuk. A verőér igen jól vezetett, csupán némi pulsus-differentia volt észlelhető. A lefolyás teljesen reactionmentes volt, betegünk szépen haladt a gyógyulás felé, midőn tíz nappal a műtét után hirtelen typhus abdominalisra valló tünetek jelentkeztek, melyek miatt a fertőző osztályra kellett áttennünk, hol, sajnos, a typhusnak áldozatul esett.

Paulikovits Elemér: A vena femoralis varrata lövés okozta sérülés után.

L. P. 32 éves gyalogos szeptember hó 9.-én öngyilkossági szándékkal hasba akarta magát löni. A fegyver azonban megcsúszott és a bal csombját lötte át. A sérülés után erős vérzés indult meg a csombból, mely más kórházban alkalmazott nyomókötésre megszűnt és a lősérülés maga is rövidesen meggyógyult, azonban a csomb közepe táján folytonosan növekvő vérömleny maradt vissza, mely kétökölnyre megnőtt. Felvételkor, szeptember 27.-én, a csomb egész alsó harmadában az izomzat mélyében az értörzsek mentén kétökölnyi, hullámzást mutató térfogatnagyságú volt észlelhető, aneurysmára jellegző zörejek azonban nem voltak kimutathatók. Mivel a vérömleny conservatív kezelésre nem akart felszívódni, november 1.-én műtétre határoztuk el magunkat. Előzetes esmarchozás után az értörzsek mentén vezetett ferde metszéssel hatoltunk be és a vérömlényt kitakarítva azt találtuk, hogy a verőér 15 cm.-nyire a Poupart-szalagtól lefelé folytonosságában megszakadt és peripheriás csomja körülbelül 5 cm.-nyire húzódott vissza, a gyűjtőér elülső falán pedig ugyane magasságban 3 cm.-nyi hosszanti hasadék látható. A verőér csomjainak lekötése után a hasadékot két rétegben alkalmazott tovaftó varrattal zártuk s a varratok biztosítására a szomszédságból vett izomleányt használtuk fel. Miután meggyőződünk arról, hogy a varrat jól tart és sehol sincs már vérzés, a sebbe keskeny gaze-csikot vezettünk be és rétegesen elzártuk. A további lefolyás teljesen zavartalan volt s a beteg két héttel a műtét után lábra állott. A drainezés helye a negyedik héten begyógyult és ma már sem a végtag működésében, sem vérkeringésében semmiféle zavar sem áll fenn.

Paulikovits Elemér: Az ízületből eltávolított löveg esetei.
A következőkben bemutatok néhány beteget, a kiknek

lővegét az ízületből távolítottuk el s a kiken működési zavar ma már nem áll fenn.

Első betegem 24 éves örvetű, ki augusztus 18.-án szenvedett bal csípőjén lövésű sérülést. Augusztus 20.-án vettük fel s ekkor azt találtuk, hogy a bemenet a csombcsont nagy tomporának csúcsa felett, illetve előtte két harántujjnyira fekszik. A Röntgen-kép azt mutatta, hogy a löveg a csombcsont fejecskének felső részéből 20 fillér mekkoraságú lapos darabot kitört és az izvápa felső szélébe ékelődött be. Mivel a beteg csak erősen behajlított csípővel és felhúzott térdrel tudott járni és később, körülbelül nyolcz nappal a sérülés után, erős láz és rázóhidegek jelentkeztek, augusztus 26.-án a szokásos ferde metszéssel feltártuk az ízületet és az izvápa beékelt löveget a csombfejecskitört részletével együtt eltávolítottuk. A sebet azután gazeccsikkal drainezve bevarrtuk. Az első napokban a sebesültnek erős hőemelkedései voltak, három napon át 38.5° és 39° között ingadozott a hőmérséke, negyednapra azonban láza megszűnt és a további lefolyás zavartalanul haladt. A drainezés helye négy héttel a műtét után besarjadzott és a beteg ma már jól mozgatja csípőizületét és bot nélkül is kifogástalanul jár.

Második betegem 26 éves vadász, ki szeptember 8.-án szenvedett jobb vállán lősérülést. A löveg a kulcscsont acromialis vége mögött ferde irányban előrehaladva, az ízületben akadt meg. Szeptember 12.-én vettük fel, a mikor a Röntgen-kép a hegyes orosz golyót a cavitas glenoidalis felső szélének megfelelőleg a hollóorrnyujtványtól harántujjnyira befelé mutatta. Szeptember 15.-e táján a bemeneti nyílásból bőséges sárgás-zöldes geny ürült és ez okból szeptember 18.-án feltártuk az ízületet, a sulcus deltoideo-pectoralisban vezetett metszéssel behatoltunk és a löveget, mely a felső kar fejecské mögött e közé és az izvápa felső szélé közé ékelődött be, eltávolítottuk. Az ízületi porcok teljesen épnek bizonyultak; a sebet azután megdrainezve megszűkítettük és legnagyobb részét a sarjadzásra bíztuk. A további lefolyás teljesen zavartalan volt; az ötödik héten a drainezés helye is besarjadzott és a beteg a karját ma már active emeli a vízszintesig. Fokozatosan alkalmazott mechanotherapiás kezelés mellett a vállizület funkciója előreláthatólag teljesen helyre fog állani.

Harmadik betegem 30 éves honvéd, ki szeptember 6.-án szenvedett lősérülést. A löveg a jobb kulcscsont belső harmada alatt hatolt be és a belső felkar bütyke felett az ízületben akadt meg. Szept. 11.-étől okt. 12.-éig Laibachban conservative kezelték. Mivel könyökét active mozgatni nem tudta, okt. 12.-én kórházunkba került, a hol a Röntgen-felvétel a löveget az ízület üregén belül, csúcsával a felkarcsont belső bütykébe beékelődve mutatta. A könyökizület belső oldalán hatoltunk be és a löveget elég könnyen sikerült eltávolítanunk. A műtét sebzeit azután rétegesen teljesen elzártuk s a végtagot a könyökizületben derékszög alatt behajlítva könnyen fixáltuk. A további lefolyás teljesen zavartalan volt. A gipsz-sínt nyolcz nap múlva eltávolítottuk és óvatos mechanotherapiás kezeléshez fogtunk. Fokozatos mechanotherapiára, massage-ra és fürdőkezelésre a beteg állapota ma már annyira javult, hogy a könyökizület mozgása már alig korlátozott.

(Vége következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1915 január 16.-án.)

Elnök: Liebermann Leó.

Jegyző: Bence Gyula.

(Vége.)

Polyserositisnek Röntgen-sugarakkal kezelt esete.

Elischer Gyula: A 18 éves férfibeteg kórtörténetéből a következőket óhajtja kiemelni: 9 éves korában scarlatinát állott ki, előtte és utána is jelenlegi bajáig egészséges volt. Öröklés vagy terheltég nem mutatható ki. Jelen baja 1913 júniusában járáskor könnyen fokozódó légzési nehézségekkel kezdődött, ugyanakkor májtájának elődomborodását és nyomásra érzékenységet vette észre. Ilyen panaszokkal kereste fel

1913 október 20.-án a klinikát a következő állapotban. A mellkas jobb felének alsó része a balhoz képest erősebben előredomborodik. A szívtompulat kifelé a bimbóvonalig terjed, jobbfelé egy tompulatba megy át, a mely hátrafelé követhető és a paravertebralis vonalban a VI. hátcsigolyánál kezdődik. Baloldalt ugyancsak egy tompulat található, a mely elül a VII. borda felső szélén és hátul a VII. csigolya magasságában kezdődik. A jobb tüdő felett egyebütt is tompult a kopogtatás hangja. Az alsó intensivebb hangulat felett hörgei jellegű légzés mellett kis és középhályagú szörtyzörejek hallhatók. A szív felett hallgatózásokor kaparójellegű pneumopericardialis dörszörejek hallhatók. A máj egészében előredomborodó, megnagyobbodott, tömött tapintatú, nyomásra érzékeny, a bordaívet 3 újjnyira haladja meg. A hasban szabad folyadék mutatható ki. A léptompulat normalis. A vizelet idegen alkotórészt nem tartalmaz. A köpetben Koch-bacillus nem található.

A beteg felvételekor készült Röntgen-képen a következőket lehet látni: Kiszélesedett mediastinális és szív-árnyék. A jobb diaphragma felett a tüdő alapjának megfelelő mezőben több kisebb-nagyobb, körülírt, rendetlen szélű, helyenkint egybefolyó folt. A hilus tájékától a tüdő csúcsa felé peribronchialis nyirokereztettségnek és göbcséknek megfelelő árnyékok láthatók. A bal rekesz felett egy széles, diffúz, intensív árnyék foglal helyet, mely felett a tüdőmező erezett. Mindkétoldalt a rekesz légzéskor csak alig észrevehető kitéréseket végez.

Ezen tünetek alapján a körjelzést polyserositisre tették; 3 heti klinikai tartózkodása alatt, a mikor esti hőemelkedései is voltak 37.6—37.8° maximumokkal, a szokásos diureticumokkal, digitalissal és Capesser-kenőccsel kezelték, minden számbavehető eredmény nélkül.

Ekkor jutott szóbeli közlés útján tudomására, hogy polyserositisben a máj Röntgen-besugárzásával gyógyeredmények érhetők el. Tekintettel arra, hogy a polyserositis túlnyomó része tuberculosis jellegű, a mi mellett ez esetben a jobb tüdő alapján a Röntgen-képen látható elváltozás és az auscultációs lelet is szolt, czélszerűnek látszott a *Küpferle* és *Fränkl* által ajánlott, inkább gyakoribb és kisebb dózisú besugárzásokat végezni. A besugárzásokat a máj különböző helyeire alkalmazta, minden esetben 10 x-et adagolva, kemény lámpával, 3 mm aluminiusszűrőn keresztül egy heti időközökben.

Ilyen besugárzást összesen 7 ízben végezett. A terapia eleinte nem adott eredményt, sőt a 2. besugárzás után a baloldali exsudatum 38.5°-os láz kíséretében a IV. bordáig emelkedett, úgy hogy egy liter exsudatumot le is csapoltak. Csak az 5. besugárzás után volt észlelhető javulás, a mely a subjectiv állapot jobbá válásában, objective pedig a jobb tüdő alapján hallható zörejek eltűnésében és a pneumopericardialis zörejek csökkenésében nyilvánult. Ugyanekkor a máj térfogat-kisebbedése, puhább consistentiája és nyomás-érzékenysége csökkenése is kimutatható volt. A 6. besugárzás után a beteg láztalan lett és a 7. besugárzás után egy héttel a következő állapotban hagyta el a klinikát:

A lázai megszűntek. A tompulatok feltisztultak. Jobb oldalt a tüdő határa hátul a X. borda felső szélén található. Zörejek a tüdő alapja felett nincsenek. A máj jelentékenyen kisebb, a bordaívet csak egy újjal haladja meg. A hasban folyadék nincsen.

Ilyen állapotban a beteget haza küldték, és általános roborálás céljából elarson-tabletták szedését rendelték el.

1914 szeptember 14.-én újból felkereste a klinikát. Ekkor a VIII. bordán jobboldalt tojásnyi tályogja volt, hőmérséke 40°-ig emelkedett. A tályog jodoformglycerin-kezelésre néhány hét alatt meggyógyult s a beteg már az első tályogpunctio után láztalan lett. Ezen második tartózkodása alatt állapota annyiban változott, hogy a máj már teljesen visszanyerte normalis térfogatát. Az ez alkalommal felvett Röntgen-kép a mellkasnak csaknem normalis viszonyait mutatja és feltűnő az, hogy a jobb tüdőalapon levő foltosság is csaknem visszafejlődött.

Ez a therapiai eredmény, a mint az a később fejlődött tályog minőségéből is megállapítható, kétségtelenül tuberculosis polyserositis esetében volt elérhető; ez a mellett látszik szólni, hogy a már előbb mások által inaugurált Röntgen-kezelése a tuberculosisnak valószínűleg csak technikai hibák miatt nem vezetett eredményre. *Küpferle* és *Fraenkel* azt találta, hogy ugyan nem minden esetben, de elég gyakran igen jelentékeny javulás érhető el a Röntgen-therapiával, melynek eredménye a közérzet javulásában, a köpet kevesbedésében, a bacillusok számának megfogzásában nyilvánul. A hilus-mirigyek megkisebbednek, góczok felvilágosodnak és exsudatumok feltisztulnak. A Röntgen-sugarak *Küpferle* vizsgálatai szerint az acinusos proliferáló és scirrhisos szöveteket kedvezően tudják befolyásolni. A terapia kezdetén mutatózó hőemelkedéseket a szerzők kedvező jel gyanánt fogják fel; szerintük a sugarak ilyenkor tuberculin-szerűen hatnak: immunitási folyamatok indulnak meg, a melyekre láztalanság következik.

A jelen esetben is a sugarak hatását úgy lehetne magyarázni, hogy a májra alkalmazott Röntgen-sugaraknak általános hatása jutott érvényre, a mely azután a be nem sugárzott és megbetegedett mellüri savós-hártya gyógyulására vezetett.

PÁLYÁZATOK.

767/1915. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett tiszaszentmiklósi (Torontál vármegye) **körorvosi állásra**, a melyhez a kör székhelyén kívül Hód-egyháza község tartozik, ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Az államkincstár részéről 1600 K törzsfizetés s négyszer ismétlődő 200—200 K ötödéves korpótlék.

2. A községek részéről 438 K évi összegű személyi pótlék.

3. Tiszaszentmiklós község részéről a szegény betegek látogatására szolgáló fuvarátalány fejében 360 K; a rendelő- és várószoba fűtésére évi 120 K tűzifaátalány.

4. Szabad ütilakás, mely áll 3 szobából, folyosóból, egész külön bejáratú váró- és rendelőszobából, a megfelelő mellékhelyiségekkel és nagy kertből.

Ezeket kívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási és működési díjak.

A lakosok magyarok, németek, szerbek; gyógytár helyben; a község vasút mentén fekszik.

Felhívom mindazon orvosdoctorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal ellátva folyó évi márczius hó 15.-éig hivatalomhoz adják be.

Törökkanizsa, 1915 február 24.

Mihálovits dr., főszolgabíró.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhimlő-termelő intézete, II., Margit-körut 45.

A tehénhimlő oltóanyag és a m. k. áll. différia ellenes serumon kívül kapható nálam:

- | | |
|--|---|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) elegendő hat emberre. K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) elegendő öt emberre K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. K 16.25 |
| | 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.— |
| | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.— |

Dr. Szegő Kálmán sanatoriuma és vizgyógyintézete

feleltek és gyermekek részére Abbazia tengeri fürdőben (Ausztria).

Elsőrangú intézet. Egész éven át nyitva. Az összes physikális gyógy-módok. Zander-intézet. Erősítő-, edző-, hízalókúrák. Gyengeszervezetűek, lymphatizmus, dispositiós katarrhusok, idült peritonitikus exsudatiók stb. speciális kezelése. Idült izület- és csontbetegségek conservatív kezelése, torlódási hyperaemia, fixatiós kötések, tengeri fürdők, általános erősítés stb. által. 7 éven felüli gyermekek kíséret nélkül is felvétetnek.

Sanatorium Purkersdorf Wien mellett

Ideg- és belbetegek számára.

Elmebetegek és fertőző betegségekben szenvedők kizárva.

Hízalókúrák, gyomor- és belbetegek, valamint diabetes részére külön osztály.

Külön osztály szívbeteg részére Dr. Max Herz magántanár vezetésével. Egész éven át nyitva. — Főorvos: Dr. Ludwig Stein, császári tanácsos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
EGYET. TANÁR
SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a székesfővárosi szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról. Adalék a czombtörések kezeléséhez, különös tekintettel a lövéses eredetű czombtörésekre. 155. lap.

Pólya Jenő: Közlemény a székesfővárosi szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. Lövéses eredetű nagy arcdefectus pótlása. 159. lap.

Scharl Pál: A katonai szolgálat befolyása a gümőkóros megbetegedésre békében és háborúban. 161. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Emmerich és Loew: A szénaláz kezelése chlorcalciummal. — *Sebészet.* Marburg és Ranzi: Súlyos gerinczvelőlvés esetei. — *Venereds betegségek.* Weichselmann: Salvarsannatriummal végzett gyógyító kísérletek. G. L. Dreyfus: Salvarsannatrium és a gyakorlatban való alkalmazása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Jakobsthal: Pengawar Djambi. — *Juliusburger:* Thiocol gyomor- és bélhajokban. 163–164. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság 164. lap.

Vegyes hírek. 164. lap.

Tudományos társulatok. 165–166. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szent István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról.

Adalék a czombtörések kezeléséhez, különös tekintettel a lövéses eredetű czombtörésekre.

Irta: *Pólya Jenő* dr., főorvos, egyetemi cz. rk. tanár.

A háború egyfelől nagy mértékben megszorította a kezelésünkbe kerülő nyílt czombsonttörések számát, másfelől sok tekintetben oly viszonyokat teremtett, melyek megnehezítik a czombtörések szakszerű kezelését.

Nem lehet célom e helyen a czombtörések különféle kezelésmódjainak kritikai vázolásába belemenni. A magam részéről eddig kórházi gyakorlatomban a *Volkman*-féle súlynyújtást végeztem leginkább. Ez az eljárás egyszerű, könnyen végezhető és ha kellő megterhelést alkalmazunk, a beteget kellőképp ellenőrizzük s a beteg is jóakarattal támogat bennünket a kezelés véghezvitelében, akkor kielégítő eredményeket ad, különösen oly zárt törés eseteiben, melyek frissen kerülnek hozzánk.

Nyílt törés eseteiben a *Volkman*-eljárás alkalmazását már a külső seb kedvezőtlen helyzete is gátolhatja, melynél fogva a ragtapaszcsíkokat nem helyezhetjük el kedvünk szerint. Ha a sebzés nagy, roncsolódott, akkor e nehézség a kivihetlenségig fokozódhatik. Ha a seb nagyon genyed vagy a czomb phlegmonosussá lesz és párákötések alkalmazása válik kívánatossá, akkor a ragtapaszcsíkok folytonos váltása nagy költséggel és sok bibelődéssel jár. Már pedig éppen a czomb lövéses sérülései között aránylag gyakori az erősen roncsolt, a genyedő, a phlegmonosus, a melyekben a *Volkman*-nyújtás alkalmazása a fentiek szerint nagy nehézségekkel jár, sőt nem egyszer egyenesen kivihetetlen.

Ehhez járul még a kötözés nehézsége. Ha a sebzés nem kisebbfajta és nem fekszik véletlenül könnyen hozzáférhető helyen, akkor a kötözés nem megy az egész nyújtó-apparatus megbolygatása nélkül és lehetőleg fájdalomtalan keresztülvitele nagy segédszemélyzetet igényel, a mi tekintettel arra, hogy a sérülések gyakran naponta igényelnek kötőváltást, az ápolószemélyzet idejének számbajövő veszteségét jelenti.

A külső körülmények is a háború folyamán olyanok, hogy egy olyan folytonos szakszerű ellenőrzést igénylő eljárásnak, a minő a *Volkman*-nyújtás, pontos kivitelét megnehezítik. Azon betegek létszáma, a kiket egy-egy vezető-orvosnak kell ellátnia, a békés viszonyokhoz képest rendkívül megszorodott, a szakképzett orvosi segédszemélyzet pedig rendkívül megfogyott, éppúgy a tanult vagy legalább is gyakorlott ápolószemélyzet a betegek nagy létszámahoz képest.

Egy további fontos körülmény az ágyak kérdése. Jó nyújtáshoz széles és két méternél hosszabb ágy kell. Rövidebb ágyban nincs a nyújtás számára kellő tér. A jó kemény és mégis kényelmes, sima matrác is fontos tényezője a kielégítő nyújtásnak.

Azokba a szalmazsákokba, a minőket a legtöbb hadikórházban adnak, belesüpped a beteg. A hosszas fekvés alatt vályút váj magának benne, mely mélyebb a fartájon s a czomb felső részén, mint a lábszárnak és a lábnak megfelelőleg, melyek könnyebbek is és melyeknek besüppedését már maga a súly húzása is bizonyos mértékig megakadályozza; ilyen módon, ha erre kellőképp nem figyelünk s a bajon aláfektetett deszkával, párnával stb. nem segítünk, könnyen recurvált állásba kerülhet a czombsont.

Ha az ágyak sűrűn egymás mellett állanak, a mi különösen a tömegelhelyezésekre szánt barakképítkezések alkalmával elkerülhetetlen, s a szemközt fekvő ágyak közötti folyosó szűk, akkor a *Volkman*-eljárás alkalmazását még az is nehezíti, hogy az ágy lábrészének felemelése céljából ki kell húzni az ágyat a sorból s ezáltal az ágyak közötti folyosó még jobban megsűkül, a kiálló apparatus pedig teljesen elzárja az utat; a szorosan egymás mellé helyezett ágyak között pedig a beteg sebének kötözése, a ragtapaszcsíkok megigazgatása ütközik nehézségbe, mert ilyen alkalmakkor legalább három-négy embernek kell az ágy körül helyet foglalnia.

Éppen ilyen helyeken, a hol zsúfoltság van, szükséges az gyakran, hogy a beteget átkötés céljából elvigyük ágyáról és megfelelő kötőzhelyiségbe szállítsuk, a hol a sebet alaposan lehet megvizsgálni és ellátni, s éppen a szállítás az, a minek kivitele a *Volkman*-nyújtással kezelt esetekben csak fájdalmak és nehézségek árán sikerül. Lehető fájdalomatlanságot a kötés alkalmával való forgatás és szállítás

alkalmával csak az immobilisatio biztosít, s az immobilisatió-
nak egyetlen tökéletes eszköze a tömeges esetekben — a
melyeknek ellátásában *Hessing*- vagy másféle gépek alkalmazá-
sáról szó nem lehet — a circularis gipszkötés.

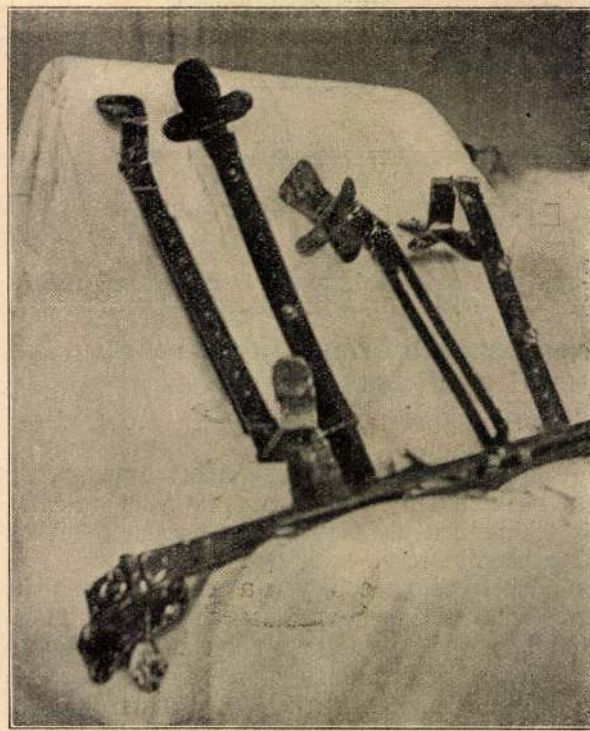
A circularis gipszkötésnek is megvannak azonban a
maga hátrányai, melyek különösen bizonyos lövési sebzések
esetén annak alkalmazását teljesen kizárják. Elsősorban az
jön itt szóba, hogy a circularis gipszkötés feltevése alkalmá-
val a dislocatiót teljesen ki kell egyenlíteni, ezt pedig külön-
ösen izmos egyéneken pusztá kézerővel egyszerre elérni
aligha lehet, még egészen friss törés esetén sem, még
kevésbé akkor, ha a törések pár naposak vagy éppen egy-
két hetesek, vagy annál is idősebbek, a mint az a harctér-
ről kezelésünk alá jutó törések esetében legtöbbször lenni
szokott; különben, a mint azt a gipszkötésben hozzám érkező
czombtöréseken láttam, az ily módon kezelt töréseken az
5, 6, sőt 7 cm.-es rövidülés elég gyakori, a minek természetesen
nemcsak az az oka, hogy a dislocatio primaer nem lett kiegyen-
lítve, hanem az is, hogy a törésvégék fixatioja a gipszkötésben
nem volt oly tökéletes, hogy a distalis törésvégnek bizonyos
felfelécsúszását meg ne engedte volna. Egy további körülmény,
a melylyel lövéses eredésű czombtörések esetében min-
dig számolnunk kell, az infectio veszedelme, a mely a
czombnak hirtelen megduzzadására vezethet és ezen a révén
azután a circularis gipszkötésben levő végtag táplálkozását
hirtelen komolyan veszélyeztetheti. Hogy teljesen aseptikus-
nak látszó lövési sérülés eseteiben lappangó infectio lehet
jelen, mely napok, sőt hetek mulva vezethet gyuladásra
vagy tályogképződésre, azt a mindennapi tapasztalat sokszo-
rosan beigazolja s így a circularis gipszkötés alkalmazása
akkor is bizonyos rizikóval jár, ha a lövési sebzés kicsi,
minden lobos reactiótól ment, sőt, ha a külső seb már tel-
jesen be is gyógyult. Még sokkal nagyobb ez a riziko termé-
szetesen akkor, hogyha — a mint ez az esetek jó részében
úgy van — a seb nagyobb, vagy lobos duzzanat, vagy éppen ge-
nyedés van jelen. Ilyen esetben természetesen elengedhetetlen
az, hogy a seb, illetve a sebek kötözés, illetve kezelés cél-
jából hozzáférhető legyenek, és ezt, feltéve, hogy a circularis
gipszkötéshez ragaszkodunk, csak ablakok kivágásával, illetve
úgynevezett rácsos gipszkötésekkel lehet elérni, midőn a
gipszkötésnek egy circularis hiányába megfelelően görbített
fémrudak iktattnak, a melyeken keresztül aztán a sebhez
hozzá lehet férni. Ez a hozzáférés azonban, a mennyire al-
kalmam volt ilyen rácsos kötések modelljeit látni, meg lehet-
sen korlátoznak látszik.

Azon szándéktól vezérelve, hogy a végtag fixa-
tioja mellett a czomb sebéhez való kényelmes hozzáférést
biztosítsam s ezenfelül lehetővé tegyem a végtagnak fokoza-
tos distractióját, egy egyszerű készüléket szerkesztettem, mely-
ről az alábbiakban óhajtók beszámolni. A készülék e sze-
rint kombinálja a rácsos gipszkötések elvét, mely a sebhez
való hozzáférést biztosítja, a gipszkötésben való distractio
elvével, a melyet *Eiselsberg*,¹ *Kaefer*,² *Hackenbruch*,³ *Martini*⁴
igyekeztek különböző formában megvalósítani.

Ezen apparatusok, a melyek közül a legtökéletesebb a
Hackenbruch-féle, melyet a *Dollinger*-féle lábszár-járókötésre
való alkalmazásában nálunk *Dollinger Béla*⁵ mutatott be,
a *Martini*-féle kivételével egyáltalán nem alkalmasak arra,
hogy bennük nyílt czombtöréseket kezeljünk; a rés, a mely
a gipszkötésben keletkezik, túlságosan kicsi erre; csak a
meglehetősen komplikált 5 aczélemezből, lánczokból és 2
csavarmenettel ellátott aczélrúdból álló *Martini*-féle apparatus,
melyben a készüléket befogadó 2 „gipszmuff“ között a czomb
15—20 cm.-nyi darabja szabadon marad, nyújt erre bizonyos
módot. Eltekintve attól, hogy ezen készülék sokkal komplikál-
tabb és így nehezebben megszerezhető, mint az általam aján-

lott, a czomb szabadon hagyott területe meglehetősen kicsiny
s a czomb legfelső részét mindenestre elfedi és ezért nagy
sebek, a czomb legfelső részében levő sebek eseteiben alig
látszik használhatónak.

Az általam ajánlott apparatus viszont, a melylyel meg-
egyezőt — a mennyire az irodalmat át birtam tekinteni —
nem találtam, nemcsak azt engedi meg, hogy a czombon bár-
hol fekvő és bármilyen nagy sebhez kényelmesen hozzáfér-
jünk, hanem lehetővé teszi nagy dunstkötések alkalmazását,
sőt azt is, hogy az apparatus megbolygatása nélkül phleg-
mone feltárását, tályognyitást, csontszilánk eltávolítását vé-
gezzük a sérült czombon, a mennyiben a czombnak tetszés
szerinti nagy részét, sőt az egész czombot is gipszkötéstől
menten hagyhatjuk. Ennek az az előnye is megvan, hogy a
czomb igen nagymérvű megduzzadása sem vezet táplálkozási
zavarra a végtagban, dacára annak, hogy a gipszkötést
meghagyjuk a végtagon, mint arról két esetben, a hol a vég-
tag ilyen hirtelenül, igen nagy mértékben megduzzadt (egy-
szer vérzés, egyszer phlegmone miatt) volt alkalmam meg-
győződni. Az egyik esetben mindenesetre fel kellett vágni a
gipszkötésnek a czombra leérő részét, a gipszkötés többi
része azonban helyén maradt s a végtagot elég jól fixálta.



1. ábra.

1. Összecsavart készülék a test felé tekintő oldalról nézve; első modell fel- és lefelé menő szárnyakkal, egyenes összekötő lemezzel. 2. Összecsavart készülék, a külső oldalról nézve, újabb modell fel- és oldalt menő szárnyakkal, az összekötő lemez derékszögben görbített. 3. Réses sín (újabb modell) oldalról. 4. Lyukas sín (újabb modell) csavarokkal.

Az apparatus lényegileg két egyenlő nagyságú sinből áll, melyeket egy-egy körülbelül 40 cm. hosszú, 3 cm. széles és 4—5 mm. vastag vaslemez alkot. A sinek egyikén egy a lemeznek majdnem egész hosszára kiterjedő, körülbelül 1 cm. széles rés van, másikon pedig csavarmenetekkel ellátott lyukak, a melyek, ha a két sint pontosan egymás fölé illesztjük, a fentemlített résbe esnek. A sinek egyik vége lekerekítve végződik, másik végéhez pedig len sarnir segítségével körülbelül 5 cm. hosszú s a sint alkotó vaslemezzel egyenlő vastagságú és szélességű, egyenes vagy derékszögben görbített vaslemez van illesztve, melyhez derékszögben fel- és lefelé és esetleg oldalt is menő, 5—10 cm. hosszú szárnyak vannak iktatva, melyek közül az egyik, a leghosszabb, a sín irányának folytatásában haladó merev és belső (a test felé néző) felszínén homorú és sima, másik felszínén pedig kissé domború és barázdák, illetve kiálló szögek által egyenlőtlen

¹ Wiener klin. Wochenschrift, 1893.

² Zentralblatt f. Chir., 1901.

³ Münchener med. Wochenschrift, 1912 és Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1913, 122. old.

⁴ Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1908, 93.

⁵ Orvosi Hetilap, 1914. 351. lap.

felszínűvé alakított. A többi szárny hajlítható és sima, úgy hogy a testfelülethez lehet őket bizonyos mértékig modellálni. Ezek a szárnyak kerülnek bele a gipszkötésbe, míg a két sín pontosan egymás fölé illesztve, egymás fölött mozog, illetve két, a csavarmenetbe illő csavarral egymáshoz rögzíthető. A kötés feltevése alkalmával a sínek közül az, a melyiken a rés van, a testtől távolabb, a lyukas sín pedig a testhez közelebb fekszik. Az egész készülék olyan egyszerű, hogy bármily lakatos első látásra meg tudja csinálni, a mi tekintettel arra, hogy a jelen viszonyok közt nehéz műszerészekről valamit sürgősen megkapni, hogy esetleg hirtelen olyan helyen, ahol műszerész nincs, lehet szükség ilyen készülékre, sőt sok ilyen készülék, ¹ szintén számbajövő körülmény, épp úgy az is, hogy a készülék igen olcsón, néhány koronáért előállítható. A sínek formáját az 1. ábra mutatja. A készüléket oly módon alkalmazzuk, hogy a síneket egy gipsznadrág és egy gipsz-csizma közé iktatjuk a medencze, illetve czomb és lábszár laterális oldalán, mindegyik sín szárnyait a gipszkötésbe beleerősítve; a kötés megkeményedése után végezzük a distractiót, melyet azután néhány napi időközökben többször megismételhetünk. Ennek a körülménynek annyiban tulajdonítok fontosságot, hogy többszörös húzással az előző húzás által már ellazított czombizomzat mellett inkább sikerül a rövidülést kézerővel teljesen leküzdeni, mint egyszerű húzással, még akkor is, ha ez narcosisban történik.²

A kötés alkalmazásának technikája a következő: A beteget vasrudakra fektetjük, úgy mint azt a *Dollinger*-féle coxitis-kötéskor tenni szoktuk, hogy medenczéje minden oldalról teljesen hozzáférhető legyen. A kötésbe bele vesszük a medenczét és az egyik czombot, még pedig lehetőleg a sérült czombot; csak ha a külső seb oly elhelyezését, hogy a czombnak a felső harmadáig felér vagy pedig éppen ebben a harmadban fekszik, akkor visszük a kötést az époldali czombra. Ha a sebzés terjedelme nem gátol, jó a kötést a czombnak közepéig levinni, azonban ez nem okvetlenül szükséges, bármily keskeny gipszgyűrű a czombon elegendőképpen fixálja a kötésnek ezen felső részét. Ebbe a — magától értetődőleg jól alavattázott — gipszkötésbe beleágyazzuk az egyik sínnek a szárnyait. Természetesen még mielőtt ezt tennők, előzetesen meg kell győződnünk arról, hogy ezen helyzetben, a melyben ezen begipszelés történik, az alsó gipszrészletbe beágyazandó sínrel való pontos összeillesztés könnyen lesz-e kivihető. A medenczekötés befejezte után felhúzzuk a beteget az asztalra, a rudakat eltávolítjuk s a lábszárat és lábat jól bevattazzuk. Különösen ügyelnünk kell arra, hogy a lábhátra és a bokaizület elülső felszínére, a hol a nyomás a legnagyobb, vastag vattaréteg kerüljön, mert itt lesz a nyomás a legerősebb a distractio alkalmával. Most begipszeljük a lábat és a lábszárat és pontosan beállítva a helyes irányba a lábat, ráillesztjük az alsó sint a lábszár megfelelő helyére, vigyázzván egyfelől arra, hogy ezen sín a felső sínrel teljesen összeilljen a végtag helyes helyzetében és másfelől, hogy a két sín lehetőleg hosszú darabon fedje egymást. Ugyanis annál több módunk nyílik a distractióra, mentől hosszabb darabon fedi egymást a két sín. Ez a momentum, a midőn az alsó sín szárnyait kezdjük begipszelni, tulajdonképpen az egyetlen a kötés feltevéseinek egész ideje alatt, a midőn a végtag helyes tartására pontosan ügyelnünk kell. A mint ennek az alsó sínnek a helyzete a szárnyak begipszelésével meg van állapítva, a lábnak a kötésben való végleges helyzete is meg van állapítva, s így mindössze néhány pillanatra redukálódik az az idő, a midőn a lábat tartó segédet vagy ápolót

szigorúan ellenőriznünk kell, hogy a lábat helyes helyzetben tartsa. Az alsó sín szárnyai begipszelésének kezdetén jó az is, ha a felső és alsó sint egy segéd pontosan egymás mellé illesztve tartja. A mint a szárnyak néhány túrral fixálva vannak, a két vaslemezt szétvehetjük s a lemezt a sarnirban elhajlítva félretartathatjuk (3. ábra), a mi a gipszelést lényegesen megkönnyíti, mert szabadon mozoghatunk és nem kell a gipszpólyával a kötés és sín közötti résen folyton átbujni. A gipszcsizma elkészülte után elhúzzuk a gipszet, mint azt a *Dollinger*-féle lábszár-járókötések alkalmával szoktuk, a lábszár hátulsó felületétől, hogy a circulatio lehetőleg szabadon maradjon s egymás mellé illesztve a két sint, oly módon, hogy a réses sín essék kifelé, a kettőt egymáshoz két csavarral lazán rögzítjük. A két csavart természetesen úgy csavarjuk be, hogy húzás alkalmával lehető későn ütközzék a résnek a végébe, fehéat lehető közel a réses sínnek a sarnirjához. Ha most a gipsz teljesen megkeményedett, akkor következik a distractio, melyet ajánlatos rövid aether- vagy narkoformbódulatban végezni. Egy-két emberrel meghúzzuk a lábat, miközben mások a beteget a hónaljánál fogva fixálják. Ha a húzás a lehető maximumot elérte, a csavarokat megszorítjuk egy csőfogóval vagy anyacsavarral s a kötés készen van (4. ábra). A további ismétlődő distractiókat legjobb a beteg ágyán elvégeznünk. Ha táplálkozási zavaroktól félünk vagy a beteg lába táplálkozásának ellenőrzése nehéz (pl. az ujjak nem mozognak és érzéstelenek ischiadicus-bénulás folytán), a gipszcsizmát egész hosszában fel is vágathatjuk, lehetőleg a lábszár medialis oldalán, a mi által a strangulatio veszélye teljesen ki van zárva. A kötés azért elég jól húz.

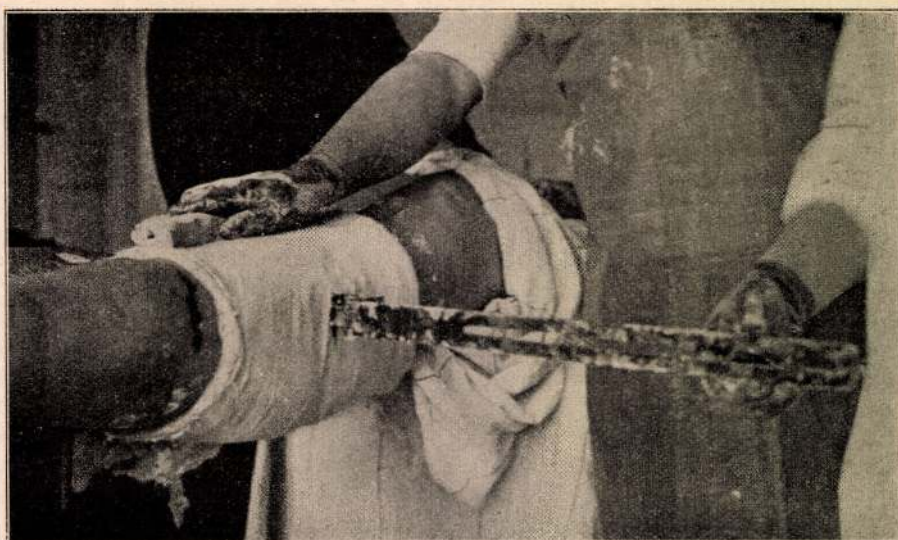
A kötés a distractio után a sulcus genito-femoralis táján és esetleg a fartájon nyomást gyakorol, azért ezen helyeken jól ki kell vágni. Azonfelül jó vastagra kell csinálni a kötést, különösen annak medenczebéli részét, ott a hol a szárnyak bele vannak ágyazva, mert különben hamar kitöredezik a gipsz a szárnyak körül, a sín meglazul és ujat kell feltenni. Egyébként a kötés az utókezelés folyamán nem okoz semmi bajt, sőt ellenkezőleg nagyon megkönnyíti a czombon lévő sebnak a kötözését, a mennyiben egy ember elegendő, hogy a beteget oldalt fordítsa, azután lábánál fogva tartsa és ily módon a czomb hátulsó felületén levő nagy sebzéseket is könnyen és fájdalomtalanul lehet bekötözni, sőt ha műtét szükséges (pl. phlegmonefeltárás, tályognyitás, sebtágítás, csontszilánk-eltávolítás), ezt a kötés bolygatása nélkül elvégezhetjük. Legfeljebb a két sint kell szétszavarni, a gipszet mindenestre helyén hagyhatjuk.

A sarnirok bizonyos fokú oldalmozgást engednek meg, mely azonban akkor, ha a beteg nyugodtan fekszik, egyáltalában véve nem jöhet létre, kötözés és hasonló manipulációk alkalmával pedig inkább előnyös, mint hátrányos. Ha a gipsz nem töredezett el a szárny körül, illetve a medenczén levő kötés nem túlságosan laza, akkor ez az oldalmozgás sokkal kisebbfokú, semmint hogy valamely lényegesebb szögletűréstől kellene félni, különben is módunkban van a beteg végtagot párnákkal az ágyban megfelelő helyzetben tartani, illetve egy fadarabnak a sín és a kötés közé való beszorításával a sarnirban való mozgásokat kizárni. A beteg szállítása, ha egy kis óvatosságot gyakorolunk, a beteg végtagnak az áthelyezése alkalmával könnyen megy és sem a kötést nem veszélyezteti, sem a betegnek fájdalmat nem okoz.

Ezt a kötést eddig 25 esetben alkalmaztam és pedig 15 lövéses és 10 nem lövéses eredetű csonttörés esetében. A 15 lövéses eredetű csonttörés közül 4-ben, a melyeket legutóbb tettem föl, külső okok miatt még nem történt meg a kötés feltevése után a radiológiai vizsgálat, a hátralevő 11 eset közül az eredmény a Röntgen-vizsgálat szerint 8 esetben, a hol a kötést 1—27 nappal a törés bekövetkezése után tettük föl, a csontok adaptációját illetőleg jó, sőt 6 esetben igen jó (4 ilyen lövéses sérülés Röntgen-vázlatát *Kelen*-nek, a Zita-kórház Röntgen-laboratoriuma vezetőjének a lemez után készült pontos rajza szerint az 5. ábra mutatja), dacára hogy

¹ Megjegyzés a correctura alkalmával: Éppen a mai napon 18 lövéses eredetű csonttörés érkezett Zita-kórházi osztályomra, túlnyomólag nagy lágyrészrönszsolásokkal.

² Meg lehetne könnyíteni ezen több etappeban való distractiót olyasféle berendezéssel, mint a milyen a *Käfer*- és a *Martini*-féle apparátuson van, vagyis csavarmenettel bíró pálczával, melynek természetesen sokkal hosszabbnak kellene lennie, mint a jelzett apparátusokon, azonban ez komplikáltabbá, nehezebben előállíthatóvá s így drágábbá tenné a készüléket s a célnak, mint később látni fogjuk, ez az apparátus is teljesen megfelel.



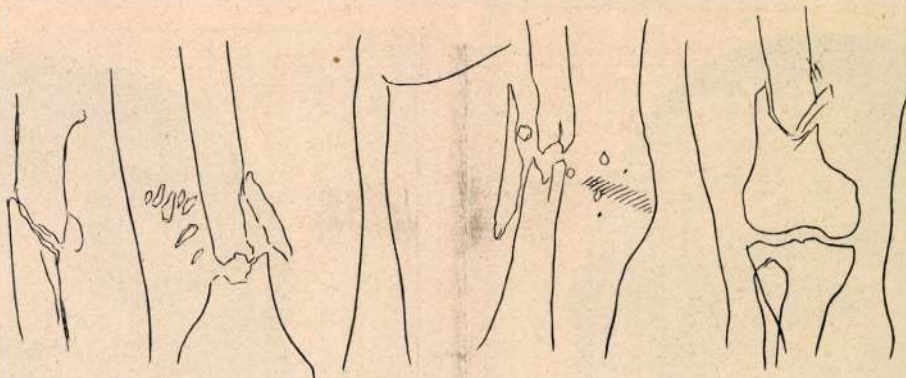
2. ábra.
A kötés medence- és csombrészletének föltevése.



3. ábra.
A kötés lábszár-részletének föltevése.



4. ábra.
A kész kötés.



5. ábra.

Lövéses csombtörések Röntgen-képei a készülékben. Kelen dr.-nak a lemezekről készült pontos vázlatai nyomán.

ezek között több eset van, melyekben igen nagy (egész tenyérsi) a külső sebzés.

Ezen esetek közül 5 már meggyógyult; 4, a kötés feltevése alkalmával 24—27 napos, erős rövidülést és szöglet-törést mutató törés 22—34 nap alatt teljesen szilárd csontos callusszal meggyógyult, egy rövidülés nélkül, egy 2 cm. és kettő 3 cm. rövidüléssel. Az ötödik esetben a lövés folytán vályú keletkezett a csonton, mely nem vezetett a csombcsonthoz folytonosságának teljes megszakítására; ez csak 5 héttel utóbb következett be, midőn a beteg engedelem nélkül felkelni próbált. Egy nappal utóbb történt a kötés alkalmazása. A végtag 7 hétig volt gipszben. A 6 cm.-es rövidülés majdnem teljesen kiegyenlített, a mennyiben a gipszkötés levétele után teljesen consolidált callus mellett a rövidülés csak 1 cm. Egy esetben, a hol 65 nappal a sérülés után tétetett föl a kötés s a hol a trochanterek táján székelő törés nagy csonthiánnyal, szöglet-töréssel és rövidüléssel járt, az állapot a gipszkötésben lényegesen megjavult, a szöglet-törés teljesen, a rövidülés pedig nagy részben megszűnt, a törés azonban még egy hónappal a kötés feltevése után sem consolidálódott s jelenleg újabb kötésben van. Két esetben, a hol 76, illetve 85 nappal a sérülés után alkalmaztatott a gipszkötés s a hol a meglevő mozgékonyosság dacára már nagy callus-tömegek voltak jelen, a fennálló nagy dislocatio az egyik esetben semmit sem javult, a másikban alig javult.

Tízszor nem lövéses eredetű csombtörést kezeltünk ezzel az apparattal. Ezek közül egyről külső okok miatt nem készíthettünk a kötés feltevése után Röntgen-képet; amennyire szemmel látható, a nagy dislocatio a distractio után teljesen kiegyenlített. A többi 9 közül egy esetben, a hol a kötés 47 nappal a sérülés után alkalmaztatott s a hol dupla törés volt jelen, a középső harmad felső és alsó határán a dislocatio nem javult semmit, a kötésben a törés 4 cm. rövidüléssel gyógyult. Két esetben a törésvégek állása a kötésben kifejezetten javult, de nem volt kielégítő; az egyik subtrochanteres törésre vonatkozik, a mely hemiplegia folytán bennült alsó végtagon következett be, a másik egy a csom aló harmadában való törésre a distalis törésvégnek erős median dislocatiójával. Az utóbbi újabb húzásra — azt hisszük — megjavult, azonban azóta nem nem birtunk újabb Röntgen-felvételt csináltatni róla. A többi 6 esetben az eredmény, a mi a törésvégek állását illeti, igen jó. Ezek közül 1 nyílt és 5 zárt fractura van, melyek közül több erős dislocatiót, illetve szöglet-törést mutatott a nyújtás előtt, mely a készülékben kiegyenlített. A betegek egyike már teljesen meggyógyult 1/2 cm. rövidüléssel. Egy másik esetben, mely pedig a Röntgen-kép szerint a legideálisabban volt coaptálva, dacára a rendszeres massage-nak, nem képződött callus s a törésvégek a törés bekövetkezése utáni 12. s a nyújtókötés feltevése utáni 9. héten teljesen mozgékonyak. A többi esetben a kötés rövidebb ideje van fenn, semhogy csontos consolidációra számítani lehetne.

Tekintve eddigi tapasztalataimat, azt mondhatom, hogy az eljárás zárt csombtörés eseteiben legalább is egyenértékű a Volkmann-féle nyújtással, a mi a törésvégek adaptációját és a

dislocatio megszüntetését illeti. Az utókezelés, az ellenőrzés az orvosra nézve könnyebb mint a Volkmann-nyújtásnál s a kezelés lényegesen olcsóbb is. A törés helye egyszersmind fájdalomcsillapításnak (jégtömlő), localis kezelésnek (pl. massage, mozgítás, vérbefecskendezés stb. pseudoarthrosisra való hajlamosság esetén) jobban hozzáférhető.

Viszont a betegre nézve a Volkmann-nyújtásnak bizonyos előnyei vannak, nevezetesen az, hogy fel tud ülni az ágyban, a mit akkor, ha a medenczéje és hasa be van gipszelve, természetesen nem tehet.

A mennyire jelen tapasztalataimból itélni bírok, azt mondanám, hogy zárt törés eseteiben ott, hol a beteg nyugodt és megbízható és nem igyekszik a Volkmann húzását azzal paralizálni, hogy lecsúszkál az ágy végébe, kiemeli a súlyt a helyéből és beteszi éjjelre az ágyába, leszedi a ragtapaszokat stb. stb., a mit a kórházi praxisban oly gyakran tapasztal az ember s a hol megfelelő ágy, matrác, Volkmann-apparatus s megbízható segédszemélyzet rendelkezésre áll, inkább a Volkmann mellett maradnék; egyébként a hol ezek a feltételek nincsenek meg, a leírt apparatusnak adnék előnyt, épp úgy pseudarthrosisra való hajlamosság esetén is.

Nyílt törés eseteiben feltétlenül jobb ez a leírt apparatus, mint a Volkmann-nyújtás, mert tartós distractio mellett módot nyújt a beteg zavartalan és fájdalommentes kötözésére és szállítására, esetleg operálására is.

A lövéses sérülésekből származó csombtörések mint nyílt fracturák különösen alkalmas terrenumot szolgáltatnak a kötések alkalmazására, melyeknek nagy előnye az is, hogy a háború okozta kedvezőtlen külső körülmények mellett is jól alkalmazhatók és bármely lakatos által olcsón előállíthatók. Ezért bátorodom ajánlani kartársaim figyelmébe.

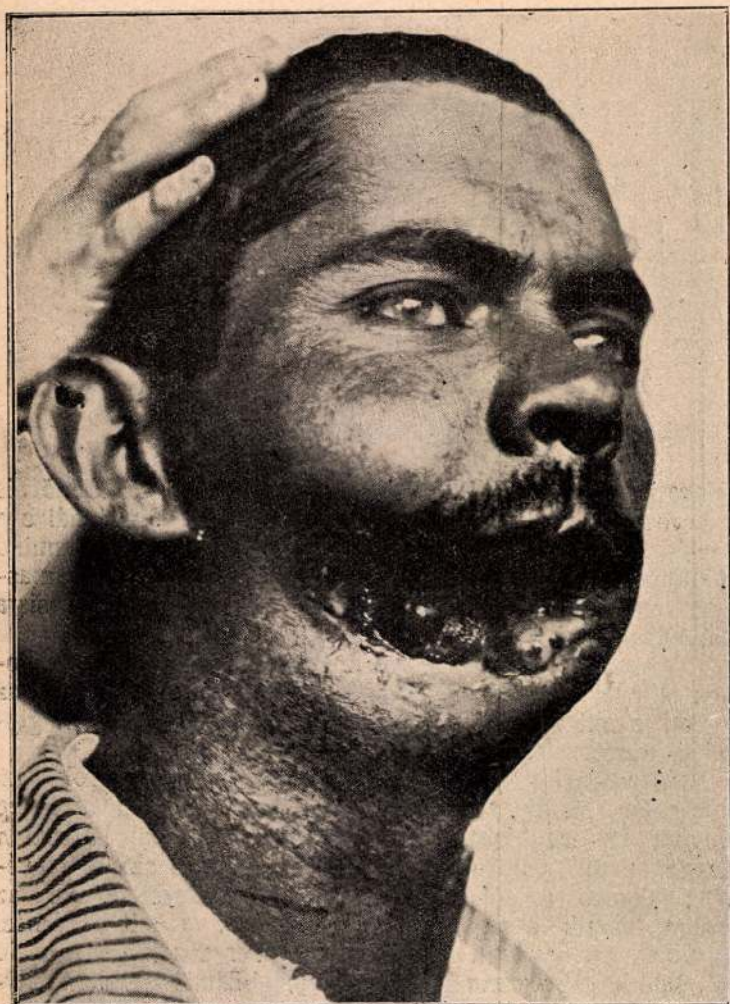
Közlemény a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról.

Lövéses eredetű nagy arcdefectus pótlása.

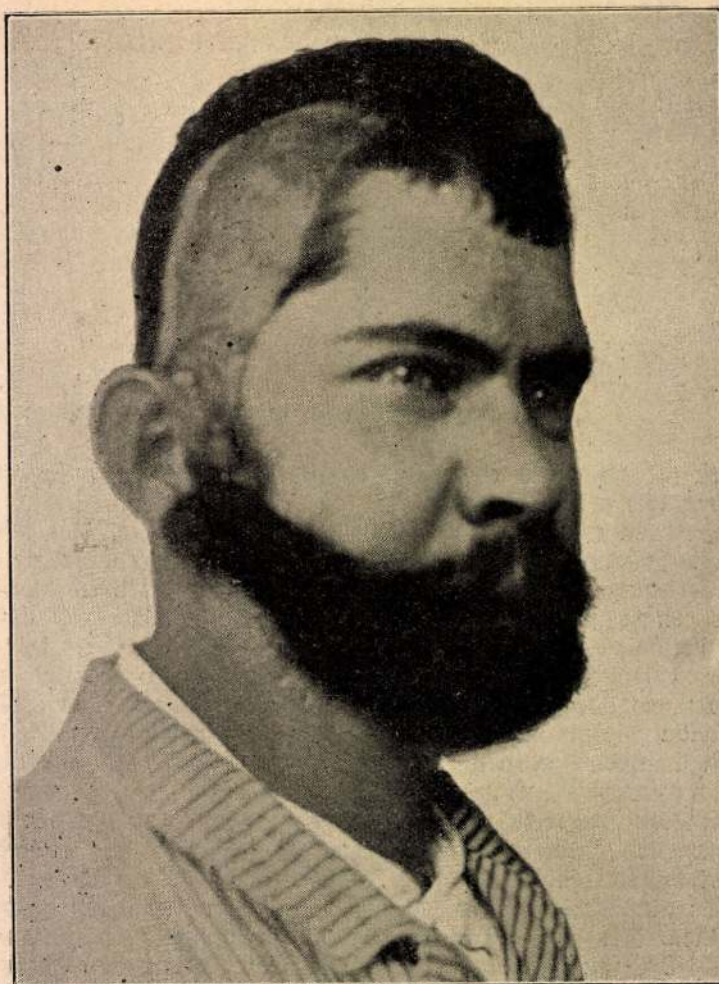
Irta: Pólya Jenő dr., főorvos, egyetemi cz. rk. tanár.

K. J. 25 éves katona mult év augusztus 15.-én Szerbiában sebesült meg srappellettől s szeptember 9.-én vétetett fel a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára.

A jól fejlett, de nagyon lesoványodott beteg alsó ajka és jobb pófája teljesen hiányzik. Ugyancsak hiányzik az alsó állkapocsnak egész jobb fele s baloldalt a metszőfogaktól a II. zápfogig terjedő részlet, úgy hogy az egész alsó állkapocsból csak a baloldali felhágó ág és testnek csak a bal szögletől a bal II. zápfogig terjedő csekély részlete van meg. A felső állcsont fogmedernyűlványa jobboldalt teljesen, baloldalt a középvonaltól az első pófafogig terjedőleg hiányzik. A defectusnak megfelelőleg a szájrés körülbelül tenyérsi nyílással tágult ki, melyen át a nyakra lenőtt nyelv s a megmaradt fogak és állkapocsrészlet szabadon láthatók. A defectust kb. a jobb fül előtt két harántujjal s a bal szájuztól húzott függőleges s a felső ajkon át és nyelvcsont felett 2 haránt ujjal fektetett vízszintesek határolják; a beteget ezen állapotában az 1. ábra mutatja. A defectus nagyjában át-



1. ábra.



2. ábra.

hámosodott, helyenként tiszta sarjfelszín, néhány helyütt genyedő góczok láthatók, melyekből apró elhalt csontszilánkokat kapartunk ki. A beteg táplálkozása folyékony ételekkel úgy történt, hogy a beteg fekvő helyzetben kanállal csurgatta le a torkán, beszéde érthetetlen, a folytonos nyálcsurgástól eczema a nyakon. Cigarettázni azonban ezen kétségbeesett állapotában is tudott olyképpen, hogy a cigarettát egyik orrlyukába tette.

A defectus teljes áthámosodása után elsősorban a hiányzó felső és alsó állcsont pótlására törekedtünk. Ezt Szabó József egyetemi magántanár, főorvos végezte oly módon, hogy először az állkapocs maradványát redressálta Sauer-féle ferde síkkal és mikor ez 2 hét múlva befejeződött, alul és felül pótolta a fogakat és a proc. alveolarist 2 oldalt rugóval.¹

Miután a prothesis elkészült s a beteg a viseléséhez hozzászokott, 1914 december 18.-án megoperáltam. A defectus körüli heget, kivéve a hegnek azon részét, mely a nyak felé határolta a defectust, kiirtottam. Most a nyakról egy széles Gersuny-féle lebenyt készítettem, melyet annyira felpraeparáltam, hogy alapjával a defectus szélétől számított 1 cm.-nyire volt csak összefüggésben. Ezt a lebenyt hámos felszínével a szájba fordítottam és a pofanyálkahártya felfrissített szélével catgut-öltésekkel összevarrtam; a lebeny szélének a szájrést alkotó része egyelőre szabadon maradt. Most a fejbőrből alkottam egy a jobb halánték- és fali-tájékokból vett nagy négyszögletes lebenyt, mely galeát is tartalmaz s melyben az art. temporalis fut. Ennek nyele megkeskenyedve a fül előtt halad s oly módon van kiszabva, hogy az art. temp. sértetlen marad. Ezt a lebenyt a defectusba fektetve, vele a jobb pofa, az egész alsó ajak s a nyak bőrhíányát fedem, a lebenyt a sebszélékhez silkvarratokkal erősítve. A szájrésnek megfelelően a lebeny szélét a belső lebeny szélével catgutvarratokkal varrom össze. A feszülés csökkentésére a fül mögött egy félhold

alakú metszést vezetek. A koponyán levő secundaer bőrdefectust Thiersch-lebenyekkel fedem.

A lefolyás láztalan. Deczember 26.-án fonálkiszedés. Az összes sebek primára egyesültek, a plastikus bőr-, valamint a Thiersch-lebenyek teljesen megtapadtak. A prothesis a szájból kiveszszük és megtisztítás után visszateszszük.

Ez időtől kezdve a beteg a száján át rendesen tud táplálkozni folyékony és pépes ételekkel; a prothesis azonban inkább akadályozza a táplálkozásban, mint segíti, úgy hogy evés előtt mindig kiszedi a fogait. Cigarettázni is jobban tud prothesis nélkül, mert jobban bírja a cigarettát ajkai közé szorítani. Prothesis nélkül ugyanis ajkai önmaguktól teljesen összeérnek, míg ha a prothesis benne van, az ajkak csak bizonyos erőlködéssel hozhatók össze s e nélkül a fogak egy vékony csíkja kilátszik. A száj nyitása és csukása különben kifogástalanul megy, a beteg jól táplálkozik és meghízott a műtét óta. A nyálcsurgás prothesisel minimális, a nélkül egyáltalán nincs. A kozmetikai eredményt igen jónak lehet mondani, a beteg arcza rendes formát öltött. Lényegesen hozzájárult ehhez az, hogy a transzplantált fejbőrön sűrű fekete szakáll nőtt. A beteg állapotát távozása alkalmával a 2. ábra mutatja.² A secundaer defectus helyén levő hajtalan terület, később ha a haj megnő, annak reáfésülésével teljesen leplezhető lesz. Ha a betegen sapka van, jelenleg is alig látszik. Beszéde teljesen jó.

Az eset közlését a defectus nagyságára való tekintettel tartottam érdemesnek. A plastika kozmetikai és functionalis eredményét még tökéletesebbé tette volna, ha az alsó ajak pírját is pótolhattam volna a felső ajaknak az alsó ajakra való transzplantációjával³; a beteg azonban annyira meg volt a már elért eredménnyel elégedve, hogy ebbe már nem egyezett bele.

² A beteget a X. hadsebészeti értekezleten bemutattam.

³ Lásd e módszerem leírását az Orvosi Hetilap 1910, 1. sz.-ában.

¹ Az esetről a VI. hadsebészeti értekezleten referált.

A katonai szolgálat befolyása a gümőkóros megbetegedésre békében és háborúban.

Irta: *Scharl Pál dr.*

(Vége.)

A harctérről visszaérkezett katonák tüdőbetegsége természetesen ugyanazokat a formákat mutatja, melyeket a tuberculosis változatos klinikai lefolyásában egyébként is észlelünk, de az eddigi tapasztalatok alapján talán az egyes formák gyakoriságában találhatunk megjegyzésre méltó különbségeket. Ha a kiképzett katonákat az életkoruk szerint csoportosítjuk akkor a 32 éven felülieknél, tehát 32-től 42-ig, oly betegekkel állunk szemben, a kik 32 éves korukig, vagyis a hadkötelezettségük végéig, minden valószínűség szerint, legalább is gyakorlati nézőpontból, egészségesek voltak és nem szenvedtek nyílt gümőkórban. A 32 éven aluliakról pedig ugyancsak feltehetjük, hogy a tényleges szolgálatuk végéig, tehát kb. 24 éves korukig egészségesek voltak. Ily módon a 24 éven felülieken több-kevesebb valószínűséggel megállapíthatjuk azt az időpontot, a meddig a katonai szolgálat, a fegyvergyakorlatot is beleértve, követelményeinek meg tudtak felelni és így a betegségüket időbelileg összefüggésbe hozhatjuk a háborús szolgálattal. A tuberculosis elterjedtségét tekintve nem nagy számú a tapasztalatom, de mégis feltűnő, hogy a 24 éven felüliek között igen sok egészen kis kiterjedésű kezdeti folyamatot találhatunk, olyanokon, a kik egészségesen vonultak a háborúba és a kiken az aktiválódást, a háború közvetlen következményének tekinthetjük. Ez a csoportja a betegeknek igen jó gyógyhajlammal bír és megfelelő életmód mellett gyorsan javul. Kiemelendőnek tartom, hogy ezek közül a legtöbb nem a tuberculosis miatt került kórházba, hanem a kezelés folyamán derült ki a betegségük. Hogy ezeknek a kezdeti folyamatoknak mi lesz a további sorsa, azt nem állapíthatjuk meg, mert a háború tartama túlrövid az ilyen következtetésekre; az bizonyos azonban, hogy a nyugalomból felrázott góczok inaktiválódására a háborús katonaelet nem alkalmas.

Nyílt, súlyosabb tuberculosisokra vonatkozó számbeli adatok nem állnak rendelkezésemre és így csak azt említhetem meg, hogy ilyeneket a legtöbb kórházban találhatunk, elszórva a legkülönbözőbb osztályokon, valamint a falusi kis kórházakban is, igen sokszor túlszűfolt, alacsony falusi szobákban.

Minél hosszabb lesz a háború, annál nagyobb a valószínűség, hogy a tuberculosis súlyosabb alakjai szaporodni fognak és a mortalitás növekedni fog. Erre a rosszabbodásra sok más tapasztalat alapján is számítanunk kell.

Nem részleteztem bővebben azokat a tényezőket, melyek a háborús katonai szolgálatban a gümőkóros megbetegedésre befolyást gyakorolnak, mert ezek a tényezők hatásukban annyira ismertek, hogy majdnem abszolút biztonsággal számítanunk kell a gümőkóros megbetegedések és halálozások szaporodására a háború alatt és még hosszú idővel a háború után is. Bizonyára lesznek olyan tapasztalatok is, a melyek azt fogják mutatni, hogy egyes esetekben, talán várakozásunk ellenére, a katonai szolgálat nem rontott a gümőkóros állapotán, de ezek az esetek csak töredékei lesznek azoknak, a melyekben az illető tartósan megsínyli a háború káros hatásait.

Az eddigi tapasztalatokat tekintetbe véve valószínűnek tartom, hogy a háború utáni évek statisztikái alapján a tuberculosis is „a háború betegségei” közé fogjuk sorolni. Míg azonban a járványos háborús betegségek leküzdésére szolgáló eszközök és módszerek gyors és tartós eredményre vezetnek, addig a tuberculosis elleni küzdelem eredménye nem jelentkezik gyorsan és sokkalta nagyobb áldozatokat követel.

Egy ország, melynek tuberculosis-mortalitása 19 millió lakos mellett meghaladja a 61 ezret, létében van veszélyeztetve, ha a háborúval járó nagy veszteségek mellett még a tuberculosis révén is több embert veszít, mint a mennyi elkerülhetetlen. Kétségtelen, hogy a most folyó világháborúban a harctéri járványok leküzdése áll előtérben, azonban e mellett elengedhetetlen kötelesség megtenni mindazt, a mi

a háború kedvezőtlen hatását a tuberculosisra ellensúlyozhatja.

A legszükségesebbnek látszó intézkedések keretét a következőkben vázolom.

1. *A sorozásra kerülő ujonczok tuberculosisának aktiválása a legnagyobb gonddal döntendő el.* Ez a követelmény a katonaság érdekében is a legnagyobb fontossággal bír, mert a katonai kiképzés folyamán az aktiv gümőkórosok, tehát a beteg katonák, előbb-utóbb túlnyomó többségben szolgálatképtelenné válnak és így mindazon munka és költség, mely a kiképzésre és felszerelésre, élelmezésre stb. fordított, hiábavalónak tekinthető. Ezen veszteséghez járul még az egyén kára, mely a köz nézőpontjából is felbecsülendő.

Pium desideriumként említem a mellékkörülményektől befolyásolatlan orvosi nézőpontot, mely szerint mindazok az inaktiv tuberculosisok, a kiknek folyamata legalább 1—2 éven belül nem volt teljesen nyugodt, nagy mértékben veszélyeztetve vannak a katonai kiképzés által. Az 1—2 éves tünetmentes nyugalmi szak nyújthat csak biztosítékot arra nézve, hogy a szervezetre háramló káros tényezők befolyásával szemben ellentállásra számíthatunk.

Az aktivitás meghatározása egy objectív megállapítható tünetének, a láznak értékelését illetőleg különböző fel fogásokkal találkozunk. Igen sok helyen a normalis hőmenet felső határa dogmatikusan 37.5 fokon vagy még azon felül van megállapítva, tekintet nélkül a napi ingadozásokra, vagy az egyéb eltérésekre. Igen kíváncsú volna erre a könnyen megállapítható aktivitásos tünetre nagyobb súlyt helyezni, mert kétségtelen, hogy a 37.2—37.3^o-os hőmérsékű katona, ha a hőemelkedése csakugyan gümőkóros eredetű, éppen olyan elbírálásban részesítendő, mint 37.5^o-ot mérő, és épp oly mértékben veszélyeztetett is, mint az utóbbi.

2. *A szolgálat alatt megbetegedett és sebesült gümőkóros katonák oly kórházakban helyezendők el, melyek kizárólag tüdőbetegek befogadására szolgálnak és a tüdőbetegség gyógyítására fel vannak szerelve.*

Ezen elv követése elsősorban a hadsereg érdeke, mert ezzel a fertőzés lehetősége csökken és egyben azok a gümős exacerbatiók, melyek gyógyhajlamot mutatnak, hamarabb kerülnek ismét oly conditióba, hogy a katonai szolgálatképeségnek mai mértékét elérik.

3. *A tüdőgümőkór miatt a hadseregből ideiglenesen szabadságolt katonák sanatoriumszerű kórházakban kezelendők és a környezet megóvása érdekében oly kitanításban részesítendők, mint a milyen a tüdőbetegek sanatoriumaiban szokásos.*

Ez az intézkedés tudomásom szerint már részben fogatosított is (Merán, Arco, Erzsébet királyné-sanatorium). Azonban ezideig talán sokkal kisebb mértékben, mint a mennyire kívánatos.

4. *A hadsereg kötelékéből elbocsájtott tüdőbetegek (minden eszköz igénybevételével) lehetőség szerint kórházba küldendők és mivel ezek túlnyomó többségben nyílt folyamatok, minél hosszabb ideig zárt intézetben tartandók.* Tüdőbetegség okozta rokkantság eseteiben különös gondot kell fordítani a beteg további sorsára. Azokat a betegeket, a kiknél a részleges munkaképesség visszanyerése vagy a munkaképesség megszilárdulása még remélhető, hygienés-diaetás kezelésbe utalandók. A teljesen reménytelen állapotú betegek lehetőleg halálukig internálandók. A javulásra képes betegeknél nagy súlyt kell fektetni a kioktatásra a hygienés életmódot és a köpettel való bánásmódot illetőleg. Az otthonába bocsájtott tüdőbeteget további gondozásban és felügyeletben kell részesíteni. Ez a feladat a tüdőbeteggondozókat és a vöröskereszt-egyleti fiókokat illeti elsősorban, de ott, a hol ilyen szervezetek nincsenek, az előljáróságok feladata ez, a közvédelmi orvosok segítségével.

A rokkantak gondozása, ellátása és segítése ugyanolyan eljárást igényel, mint a háború okozta egyéb alakban nyilvánult rokkantsági eseteké, azzal a hozzáadással, hogy a mennyiben ezeket a fertőző betegeket nem lehetne zárt intézetben vagy asylumban tartani, a környezetük megóvása a fertőzéstől előtérbe helyezendő.

A tuberculosis elleni küzdelem annyiszor hangoztatott elve, a prophylaxis, a rokkantak kellő ellátásával kezdődik. Aggódom és talán nem ok nélkül, hogy az összes rokkantak közül a tuberculosusok fognak a legkisebb figyelemben részesülni. A mai idők hangulata és szelleme hozza magával, hogy sokkal közelebb érinti az embereket az a kár vagy veszteség, mely közvetlenül és sajátlagosan a háborúval függ össze. Egy lősérülés miatt csonkított lábú katona hatásosabb érv a rokkantak érdekében megindítandó actióban, mint az előrehaladott phthisis, melyet a harcztéri fáradalmak és nélkülözések váltottak ki egy inactiv, évek óta tünetmentes kis góczból. Erre a pszichológiai momentumra gondolnunk kell, mert a rokkantak ellátását az állam a társadalom közreműködése nélkül nem valósíthatja meg tökéletesen, különösen pedig a tuberculosusok gondozása igényli elsősorban a nagyközönség részvételét. A tuberculosis elleni küzdelem az államnak eddig is mostoha gyermeke volt és hogy indokoltak az aggodalmak a jövőre nézve, azt a tuberculosis elleni küzdelem elhanyagolt helyzete a háború óta támogatni látszik.

A tuberculosis a polgári lakosságot a háború következtében annál inkább veszélyezteti, minél nagyobb a gazdasági depressio és minél nehezebbek a megélhetési viszonyok. A jövedelmi források csökkenése, a kereseti viszonyok rosszabbodása és az élelmiszerek drágasága, a megélhetési viszonyok egyéb nehézségeivel karöltve, a polgárság legnagyobb részét oly életmódra kényszeríti, mely a tuberculosis iránti fogékonyságot lényegesen fokozza. Ezen körülmények veszélyeztetik a lakosság egészséges részét is, de sokkal súlyosabb a tüdőbetegek helyzete, mert természetesen a beteget mindezen hátrányok még fokozottabb mértékben sújtják. Magyarországon a gazdasági viszonyok hatása a tuberculosis halálozási számára kifejezetten megnyilvánul oly években, melyekben rossz a termés. Ország az 1905. évi kivételesen nagy tuberculosis-halálozási szám magyarázatában a következőket mondja:

Feltűnő az 1905. évi emelkedés az össz- és gümőkór-halálozásban. Ennek okát kutatva, nem annyira az 1904. évi abnormis időjárásban, mint inkább a rossz termésben sikerült megtalálnom. Az 1904. évi abnormis év hatása azonban csak 1905-ben volt látható. Magyarországon az utolsó 12 évben sohasem volt oly csekély az egyenes és fogyasztási adók bevétele mint ez évben. Az élelmiszerek ára 1905-ben szintén emelkedést mutat az előző évekhez képest. Az 1905. évi nagy mortalitást tehát a nagy szárazság, a velejáró porkepződés és a rossz termés, a mely mezőgazdasággal foglalkozó hazánkban minden irányban nagy kárt okozott, segítette elő.

A tüdőbeteg munkaképessége a megélhetési nehézségek következtében csökken, a részleges munkaképességből keresetképtelenség válik, de még ha a részleges munkaképesség meg is marad egy ideig, a nagy drágaság mellett nem lesz elegendő keresete a megszokott életmódjának biztosítására úgy, hogy előbb-utóbb bekövetkezik a szervezet leromlása. Míg azonban békében rossz gazdasági viszonyok között is volt némi gondoskodás a tüdőbetegekről, a háború kitörése óta rosszabbak a viszonyok, mint valaha.

A háborúval járó lelki emóciók hozták magukkal, hogy természetesen a sebesültek és harcztéri betegek érdekei kerültek előtérbe. Gondoskodni kellett róluk és így első sorban a meglévő kórházakat bocsátották a katonák rendelkezésére. Ez volt az első intézkedés, mely talán a háború legelőjén elkerülhetetlen volt, de azt a sajnálatos tényt eredményezte, hogy a polgári betegeket el kellett bocsátani és a betegfelvételt nagy mértékben redukálni kellett. A kórházak előkészületei azzal kezdődtek, hogy a tüdőbetegeket elbocsátották és így igen sok fertőző beteg került vissza otthonába és ezzel egyidejűleg a tüdőbetegek kórházi elhelyezése majdnem lehetetlenné vált. Hogy mit jelent a kórházi felvétel megszorítása a mai időkben, azt egész röviden úgy fejezhetném ki, hogy haldokló tüdőbetegek tömeglakásokban éheznek és fertőznek.

Ismeretes, hogy Budapest Európa 46 nagyobb városá-

nak sorában — 1901 és 1912 között — az összhalandóság szerint csoportosítva a 28. helyet foglalta el. Az utánunk következő városokról *Pikler* következőképpen nyilatkozik: „Egy közegészségi viszonyairól hírhedt kikötőváros, 1 angol gyárváros, 3 olasz, 1 spanyol, 1 román és 4 orosz város, míg a nyugati és északi, gazdaságilag és kulturalisan fejlett országok nagy városai mind előttünk járnak.”

Az összhalandóságnál még szomorúbb a helyzetünk a tuberculosis tekintetében. A már említett 46 város sorrendjében a tuberculosis-halálozás számai szerint 1901 és 1912 között a legjobb helyünk a 41. és a legrosszabb a 44. volt. Utánunk következett Lemberg, Prága, Bukarest, Lyon, Páris és egyszer Szt.-Pétervár.

Hogy a kórházi helyhiány mit jelent Budapest tuberculosisának nézőpontjából, azt legjobban a lakásviszonyok statisztikája világítja meg. Az 1911. évi népszámlálás adatai szerint a lakosság $\frac{3}{4}$ része, 609.000 ember, kis, még pedig többnyire udvari lakásokban lakik, felerészben idegenekkel együtt, tehát a lakosság $\frac{3}{4}$ része szegénynek mondható.

15.000 ember lakik szoba nélkül, csak egy konyhából álló, 35.000 ember konyhanélküli, egyúttal konyhául szolgáló egy szobás és 6500 ember egy szoba és fél konyhas lakásban, 9000 ember lakik pinczelakásban, 414.000 ember udvari lakásban, 285.000 csak egy szobából álló udvari lakásban és több mint 4000 olyan egyenesen börtönszerű lakásban, melynek ablaka nem is udvarra, hanem világító udvarra, zárt folyosóra vagy lépcsőházra néz.

Aggályos sűrűségben, szobánként harmad- és negyedmagával 273.000 és zsufoltan, 4 nél többedmagával 290.000 ember, tehát aggályosan és zsufoltan 560.000 ember él. Ezek közül túrheterlen zsufoltságban (több mint 7-ed magával egy kis, többnyire udvari szobában) lakik 80.000 ember, ezek közül ismét botrányos zsufoltságban (szobánként több mint 10-ed magával) több mint 15.000 ember.

Budapest lakásviszonyainak befolyása a tuberculosis-halálózásra igen világosan kitűnik *Pikler*-nek egy újabb statisztikai összeállításából.

Pikler Budapest 10 kerületét körúton belüli, kívüli és kültelki részre osztva, 22 kerületet nyert, melyek tuberculosis-mortalitás szerinti sorrendben kevés kivétellel ugyanazt a sorrendet adják, mint a laksűrűség szerint. Az V. kerület körúton belüli részén pl. 20·9‰-a a lakosságnak lakik legalább hármával egy szobában és a tuberculosis-mortalitás 1·12‰; az V. kerület kültelki részén 79·1‰ lakik legalább hármával, a minek megfelelően 4·94‰ a tuberculosis-mortalitás.

A lakásviszonyok a háború okozta változások következtében még romlottak, mert nemcsak a gazdasági viszonyok kényszerítik az embereket olcsóbb és rosszabb lakásokba, hanem sok oly család is összeköltözik, melyben a férfitagok katonai szolgálatot teljesítenek.

Hosszasabban tértem ki Budapest lakásviszonyainak vázolására, mert ezek alapján mérlegelhetjük csak teljes horderejét a mai kórházi viszonyainknak.

Ha azt tekintjük, hogy Budapesten hány százaléka a tüdőbetegeknek halt meg kórházban, akkor látjuk, hogy 1872-ben 30‰ és 1911-ben 39‰, ugyanakkor Berlinben már 50‰ és Hamburgban 61·3‰ a kórházban elhaltak száma. A budapesti viszonyok közel 4 évtized alatt csak körülbelül 10‰-kal javultak, de míg pl. Németországban a lakosság ellenkezésén múlik, hogy nem nagyobb azoknak a száma, a kik kórházban halnak meg, addig nálunk a kórházhiányon múlik, hogy a haldoklók a fertőzés nézőpontjából legveszélyesebb idejét betegségüknek otthonukban töltik, a mely ott hon legtöbbször tömeglakás.

A háború első izgalmain túl vagyunk és sok oly közegészségügyi intézkedés történt, mely ma már lehetővé teszi annak a kérdésnek a felvetését, hogy szükséges-e a tüdőbetegektől megvonni azokat az ágyakat, melyek békében sem fedezték a szükségletet. Kétségtelen, hogy legalább annyi ágyat lehet és kell ismét a polgári tüdőbetegek rendelkezésére bocsátani, mint béke idején. Nem szenved kétséget, hogy

elsőrangú fontossággal bír a mai gazdasági viszonyok között mindazoknak a kórházi elhelyezése, a kik nyílt tuberculosissal felvételre jelentkeznek. Tudomásom szerint a katonaság részére elkészített és eddig igénybe nem vett ágyak megengednék azt is, hogy ma több ágyat bocsássunk a tüdőbetegnek rendelkezésére, mint békében, legalább is ideiglenesen.

A tuberculosissal elleni küzdelem intézményei túlnyomó többségben a kórházak példáját követték. A magyarországi szegénysorsú tüdőbetegnek rendelkezésére álló sanatoriumi ágyak közül számot tevő hányadot vontak el eredeti rendeltetésétől és sebesült katonák rendelkezésére bocsátották, a mi annyiban is indokolatlan, mert míg sebesültek részére aránylag kis eszközökkel gyorsan is lehet kórházat emelni, a tuberculosusok részére a hygienés-diaetás kezelésre alkalmas gyógyintézet csak nagy áldozatok árán létesíthető, hosszú idő alatt.

A tüdőbeteggondozóknak éppen hazánkban van igen nagy jelentőségük, mert a kórházi viszonyok elégtelenek, a sanatoriumi mozgalom terjedése anyagi nehézségekkel küzd és a munkásjelölti intézmények sem tudnak kielégítően gondoskodni tüdőbeteg tagjaikról. Ilyen körülmények között nagyfontosságú, hűzágpótló hivatásuk van, melyet a háború kitörése óta nem teljesíthetnek. Kétségtelen, hogy sok helyen az orvoshiány kényszeríti tétlenségre a tüdőbeteggondozókat, de talán volna módja annak is, hogy ez a nehézség elháruljon, mert aránytalanul csekélyebb értékű és könnyebben pótolható intézmény az üdítő-állomás, mint a tüdőbeteggondozó, a milyenné néhány gondozó állítólag átalakult. A dispensaire-nek módjában áll a hadsereg érdekeit is támogatni, ha a fertőzött házak és lakások megjelölésével a katonai beszállásokat irányítja. Ehhez a működéshez még orvos sem kell.

Csak futólag említem a gyermekvédő-actiót, mely szoros összefüggésben van a tuberculosissal elleni küzdelemmel és épp úgy állami létünk és jövőnk megalapozója, mint bármely más nemzetvédő munka. Időszerű és ma előtérben álló, hazafiasabbnak látszó munkálkodás kedvéért nem volna célszerű ennek a mozgalomnak a legkisebb részét is elhanyagolni.

A kórházak, sanatoriumok, tüdőbeteggondozók és gyermekvédelmi intézmények munkájára ma nagyobb szükség van, mint valaha és így nemcsak hogy nem szabad működésüket korlátozni, de fokozottabb szolgáltatásokat kell teljesíteniük, mint béke idején. A tuberculosissal leküzdésére alakult egyesülések ne térjenek el eredeti hivatásuktól. A háború kezdete óta tapasztalhatjuk, hogy mily nagy lelkesedéssel dolgozik mindenki itthon, a ki nem mehet a harctérre és így a tuberculosissal elleni küzdelem munkájára is van elég munkaerő. Ne felejtjük el, hogy ezzel az országot jövőjén dolgozunk.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szénaláz kezeléséről chlorcalciummal ír újból *Emmerich és Loew*. Körülbelül egy év előtt ajánlották először ezt a szert kedvező eredményeik alapján. Mostani közlésükben először régebbi eseteik további sorsáról számolnak be; az eredmény tartós maradt. Hangsúlyozzák azonban, hogy a chlorcalciumot állandóan kell használni, legfeljebb októbertől februárig lehet felére csökkenteni az adagot. A továbbiakban újabb eseteikről számolnak be, a melyekben szintén kedvező volt az eredmény. Végül némelyek ellenvetésével szemben kifejtik, hogy a kezelés teljesen ártalmatlan; az a calcium-mennyiség, a melyet a beteg naponként elfogyaszt, nem több, mint a mennyi $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ liter tejben van. A vesére gyakorolt izgató hatást sem látták sohasem. Az adagolás módja egyébként a következő: 100 gramm kristályos chlorcalcium $\frac{1}{2}$ liter vízben felolvasztandó; ebből naponként 3 teáskanálnyi veendő be, mindig étkezés közben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 2. szám.)

Sebészet.

Súlyos gerinczvelőlövés 35 esetéről számol be *Marburg és Ranzi*. Az esetek közül 12-t operáltak meg, míg a többiben a műtét decubitus, cystitis, tüdőbeli és hasúri szövődmények miatt ellenjavalt volt. Mind a 12 esetben laminectomiát végeztek, s az operáltak közül 2 meghalt, 9 megjavult s 1 változatlan maradt; a nem operáltak közül pedig meghalt 11, megjavult 1 s változatlan maradt 11.

Az egyik operált beteg a műtét utáni 12. napon halt meg a húgyutak fertőződése miatt; egy másik a 16. napon, régebbi tüdőbeli folyamatának kiújulása következtében. Az utóbbi esetben a bonczolás kiderítette, hogy a gerinczvelőnek kb. 5 cm. hosszú részlete el volt lágylulva s ennek folytán a műtét javulást úgy sem hozhatott volna.

A bénulási tüneteket számos esetben a lágyburkok között létrejött s a gerinczvelőt nyomó cystaszerű liquor-pangás okozta, a mely körül, midőn a durát megnyitották, összenövéseket találtak. E körképet különben már békeidőben is leírta *Oppenheim* és *Krause* arochnoiditis illetőleg meningitis serosa circumscripta név alatt, mely arról nevezetes, hogy a közte és a tumor okozta bénulás közötti differentialediagnózis igen nehéz. Gyakorlatilag fontos, hogy arachnoiditis esetén a compressio helye gyakran nem a lövés magasságában, hanem ettől feljebb van s ezért érzés-zavarok a magasabb segmentumoknak megfelelőleg is észlelhetők.

A gerinczcsatornába behatolt lövedék eltávolítása csak akkor javalt, ha a műtét területén van s könnyen kivihető.

A nyomás okozta bénulási tünetek, éppen úgy, mint daganatok kiirtása után, különböző idő múlva szűntek meg. A legrövidebb idő 3 hét volt.

A szerzők azt tapasztalták, hogy a klinikai tünetek úgy a gerinczvelő compressiója, mint annak ellágyulása esetén hasonlóak lehetnek; a mikor tehát a gerinczvelő direct sérülését kimutatni nem lehet, műtétet kell végezni.

A szerzők a műtét indicióit a következőkben állapítják meg:

1. Gerinczvelő-lövés eseteiben — ellentétben a koponyalövésekkel — bizonyos ideig várakoznunk kell, a míg a beteg állapota állandó jeleget ölt. Ha 4—5 heti megfigyelés után az állapot nem változik, a laminectomia indikált.

2. Tüdőbeli és hasi szövődemény, továbbá a műtét terület közelében levő genyes folyamat (decubitus stb.) és genyes cystitis vagy pyelitis esetén a műtét ellenjavalt; míg sarjadzó decubitus és a húgyutak enyhébb fertőzése esetén a műtét végrehajtható.

3. Végül azon esetekben, midőn a gerinczvelő keresztül van löve vagy tangentialis sérülést szenvedett, eltérően az indirect gerinczvelő-sérülésektől, csak ritkán lehet beavatkozni. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 5. szám.)

Venereás betegségek.

A salvarsannatriummal végzett gyógyító kísérleteiről számol be *Wechselmann* (Berlin). A gyakorlatban használt két salvarsankészítmény közül újabban nagyobb elterjedésnek örvend a neosalvarsan, mert alkalmazása jóval egyszerűbb, mint a salvarsané. Mégis vannak, a kik visszatértek az eredeti salvarsanhoz, mert ez utóbbi szertől nagyobb hatást láttak. *Ehrlich* folytonos kutatásai oly két készítményre vezettek, melyek voltaképpen a régi és új (neo-) salvarsan előnyeit egyesítik magukban. Mindkét készítmény salvarsannatrium s míg az egyik közülük hydralditet tartalmaz, addig a másik ettől mentes s 1206. sz. a jelzése. Ez utóbbi salvarsannatriumnak jobbak a fizikai és kémiai tulajdonságai, a miért is *Ehrlich* csak ezt a készítményt vezeti be az orvosi gyakorlatba. Aranysárga por, mely vízben könnyen oldódik. Arséntartalma 20%, tehát olyan, mint a neosalvarsané s ezért adagolása is ugyanolyan. *Wechselmann* a szerrel már $1\frac{1}{2}$ év óta kísérletezik s fontosabb kellemetlen mellékhatásokat nem tapasztalt. Az egyes adagok 0.3—0.45 gr. között mozognak. A szerző ezeket az adagokat az ambulans praxisban alkalmazta. Ő most is a tiszta salvarsankezelésnek híve s nem

nyúl sohasem a kénesóval kombinált kezeléshez. Az injectiókat legtöbbször intravenásan alkalmazza, de lehet subcutan (epifascialis) vagy intramuscularisan is adni, bár ily módon kivételesen apró necrosisok jöhetnek létre. Intravenás injectióhoz a szerző oly oldatot használ, melynek minden 0.1 gr. salvarsannatriumára 10 gr. 0.4%-os konyhasóoldat esik. A salvarsannatrium gyógyító hatásával *Wechselmann* nagyon meg van elégedve s eddig kellemetlen tüneteket vagy szövődeményeket nem észlelt tőle. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 6. sz.) *Guszman.*

A salvarsannatriumról és a gyakorlatban való alkalmazásáról ír *G. L. Dreyfus* (Frankfurt a/M.). A szerző több mint egy év óta kísérletezik a salvarsannatriummal, melyet neki *Ehrlich* adott kipróbálás céljából. A salvarsannatrium vegyileg nem más, mint poralakban levő alkálizált salvarsan, melyet azelőtt nekünk kellett frissen előállítanunk. A szerző eddig több mint 450 injectiót végzett vele, leginkább az idegrendszer syphilitikus bántalmi esetén. Az egyes adag ritkán lépte túl a 0.45 gr.-ot, körülbelül 30 gr. konyhasóoldatban oldva. Az injectiók hetenként kétszer is adhatók s kellemetlen mellékhatásokkal csaknem sohasem járnak. Nagy előnye *Dreyfus* tapasztalása szerint a salvarsannatriumnak, hogy — csak úgy mint a neosalvarsan — az ambulans kezelésre is alkalmasnak bizonyult. Általános zavaró tünetek ugyanis sohasem mutatkoznak az injectiók nyomán. Az egyedüli eshetőség a mérsékelt hőemelkedés, mely azonban a 38.0-ot nem lépte túl. De ez is elkerülhető a szerző tapasztalása szerint, ha a használt víz destillálása különös gonddal (hegyikristályból készült destillációs készülék) megy végbe. Ily módon a szerző 138 injectiót végzett s egyetlen egy esetben sem emelkedett a hőmérsék 37.0-on felül. Az intravenás befecskendést egyszerűen fecskendővel végzi. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 6. sz.) *Guszman.*

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

A Pengawar Djambi nevű vérzéscsillapító szer (egy keletindiai moszat-faj rostjai), a melyet sokan előszeretettel használnak helybeli vérzéstenítésre, *Jakobsthal* szerint tetanus-csírákat tartalmazhat; 7 különböző próba közül 3-ban találta meg őket. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 41. szám.)

A thiocollal gyomor- és bélbajokban szerzett kedvező tapasztalatairól számol be *Juliusburger*. Mindenekelőtt a morphiüm-elvonó kúrák közben gyakori bélzavarok ellen bizonyult rendkívül hatásosnak, úgy hogy megelőzni lehetett az opiumot, a melylyel szemben nagy előnye, hogy a gyomrot nem bántja, a psychét nem befolyásolja és nem okoz székszorulást. A thiocol bakteriumölő és erjedéstgátló hatása miatt más gyomorbélbajokban is jó szolgálatokat tesz, így a többi között gümőkóros eredetű hasmenés eseteiben is megkísérthető. A rendes adag naponként 2—3-szor 2—2 tablettát. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 42. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 11. szám. *Schächter Miksa*: Sebkezelési tapasztalataim.

Budapesti orvosi újság, 1915, 11. szám. *Fischer Aladár*: Az Anton-Bramann-féle „Balkenstich”.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Nyul Árpád* dr.-t a szabadkai Mária Valéria-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

A budapesti gyakorló orvosok segélyező-egyesülete márczius 16.-án tartotta 26. évi rendes közgyűlését *Mohr Mihály* dr. elnöke alatt. A bemutatott jelentések szerint az elmúlt évben 45 megbetegedett tagot segélyeztek 8000 K-val és 3 elhunyt tag özvegyét részesítették 2200 K segélyben. A tisztújítást a hadbavonult tagok nagy számára való tekintettel a jövő évre halasztották.

Meghalt. *Kugler György* dr. e hó 14.-én Pozsonyban. — *J. A. Rosenberger*, a sebészet rendk. tanára Würzburgban, 67 éves korában.

A cholera állása hazánkban. A február hó 22.-étől 28.-áig terjedő héten 16 esetet jelentettek be 3 halálzással; az esetek a következő helyeken fordultak elő: Nagyvárad 1, Szatmár-Németi 1, Ujvidék 7, Csoplya 1, Beregszász 1, Mezőnagymihály 2, Tibolddaróc 1, Zsolna 1, Olaszliszka 1. 7 eset helyben állomásozó katonák, 4 eset az északi harcterről érkezett katonák és 5 eset a polgári lakosság között fordult elő. — A márczius 1.-étől 7.-éig terjedő héten 22 esetet jelentettek be 8 halálzással a következő helyekről: Ujvidék 13, Gád 1, Tibolddaróc 4, Hatvan 2, Besztercebánya 1, Mezőkövesd 1. Az esetek közül 5 polgári egyének, a többi a katonaság között fordult elő. Az előző hétről utólagosan még 2 esetet jelentettek be Eperjesről (katonák).

A kiütéses typhus Szerbiában az újabb hírek szerint nagyon elhatalmasodott; csupán az orvosi karból eddig 53-an haltak meg benne, a többi között a görög egészségügyi bizottság 3 tagja, az amerikai segítőbizottság elnöke és a szerb király volt orvosa. — Ausztriában márczius első hetében 297 esetet jelentettek be, közülük 5-öt Bécsben; 70 eset volt Marchtrenken és 33 eset Thalerhof-Kalsbergben; e két utóbbi helyen fogolytábor van.

Személyi hírek külföldről. A würzburgi egyetemen a gyermekorvostanból rendkívüli tanszéket szerveztek s erre *Jussuf Ibrahim* dr. müncheni magántanárt nevezték ki. Az új tanár török apának, de német anyának fia s Münchenben nevelkedett. — *F. Pinkus* (bőrkórtan), *Ehrmann* és *H. Friedenthal* (élettan) berlini magántanárok tanári címet nyertek.

Hírek külföldről. A bécsi egyetem tanácsa elhatározta, hogy a most meginduló nyári félévben a beiratkozás alkalmával minden hallgatónak bizonyítványt kell arról bemutatnia, hogy az utóbbi időben beoltották himlő ellen.

A marienbadi orvosi üdülő-otthon (Aerzteheim) májustól szeptemberig Ausztria-Magyarország és a Német Birodalom orvosai számára 50 szabadhelyet bocsát rendelkezésre; ebben bennfoglaltatik: az orvosi otthonba felvétel egy hó tartamára (csékely fentartási járulék fizetése ellenében), a gyógy- és zenedij alóli felmentés, szabad fürdőhasználat, árkedvezmény vendéglőkben és színházakban stb. Pályázók (csakis orvosok) szíveskedjenek azon hó megjelölésével, melyben a szabad helyet igénybe venni óhajtják, kérvényeiket f. é. márczius 30.-áig beküldeni. Az egyesület tagjai (az egyesületi tagdíj legalább 5 korona) az alapszabályok 8. §-a szerint a helyek betöltésekor előnyben részesülnek. Orvos felesége csakis férje kíséretében és annak ápolása céljából nyerhet felvételt. Különösen azon orvosokat veszik figyelembe, kik a jelenlegi háború alkalmából kifejtett tevékenységükből kifolyólag betegedtek meg és kiknek harci sebesülés, rheumas megbetegedés, szív-affectio stb. folytán lápfürdők, szénsavas fürdők stb. szükségük van; ezek felvétele már most megtörténhetik. Kérvények, kéredezőküldések és belépő-nyilatkozatok (visszaboríték melléklendő) a következő címre küldendők: Vorstand des Vereines „Aerztliches Erholungsheim“ in Marienbad.

Dr. Apáthy Gyuláné „Gondviselő-Otthon” (I., Városmajor-utca 45. Telefon: 88—44) sanatóriumába betegeket felvesz családi ápolásra. Állandó orvosi felügyelet és gyógykezelés.

Dr. Grünwald sanatóriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyi és Röntgen-laboratórium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forróleghőkezelések, frigoritherapia, fürdők. Kosmetikai eljárások és műtétek.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatórium. Újonnan átalakítva. Prospectus.

Orvosi laboratórium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratórium. Fekvő- és hiszáló-kurák. Nap- és légfürdők. Vizgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

Orvosi laboratórium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika, Székvetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz. fekvő betegek is felvétetnek.

D^R. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektroterápiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. sóványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen. =

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A 16. sz. helyőrségi kórház katonaeorvosi értekezlete (1915 február 6). 165. lap. — IX. hadsebészeti értekezlet. 165. lap.

A 16. számú helyőrségi kórház katonaeorvosi értekezlete.

(1915. február 6.)

1. Alexander Béla: A harctéri sebesülteknek x-sugarakkal való megvizsgálása.

Az előadó tárgyát két részre osztja. Az első részben a vizsgálatról beszél általában és tekintetbe veszi mindazon hibákat, amelyek az átsugárzásokkor vagy a lemezképek készítésekor és azok olvasásakor előfordulnak és nagy tévedésekre vezetnek, meg nézeteltérésekre a radiologus és sebész között, mert az együttes működés hiányozván, a hibák egész láncolata támadhat, a minnek következtében az idegen test (golyó, lövedék, lövedékrészlet) nem lesz eltávolítva.

Ilyen hiba a lemezképnek a fényérzékeny réteg fölött történt, tehát helytelen olvasása; ennek illusztrálására szolgál a következő példa: a beteg jobboldalán, azután bal oldalán keresik a golyót, nem találják és azért az benn marad.

Csak az üvegoldal fölött történt olvasás mellett lehet az x-sugarak rajzolását megérteni; a helytelen olvasást illusztráló példa a következő: a löveget a lábtól sajkacontjában keresik, holott az a talp izomzatában van.

A rossz képek — túlbefugárzás lemezkínzással párosulva — nem vehetők tekintetbe a biztos localisatio és a szövetek elváltozásának meghatározása szempontjából, de nem vehetők tekintetbe a nem kimerítő képek sem (az előbbinek ellentéte), melyek pusztán a csontok körvonalainak durva eltérése tekintetében adhatnak némi felvilágosítást, nagyobb idegen test jelenlétét is mutatják, de más nem.

A sebésznek nem szabad megfeledkezni arról, hogy a lágy szövetekben fekvő idegen test a műtétkor kampók nem óvatos használata mellett könnyen elkerül eredeti helyéről; nem szabad megfeledkezni arról sem, vajjon álló helyzetben vizsgáltatott-e a beteg vagy fekvő helyzetben, és ha fekvő helyzetben, milyen volt a testrész fekvése, ha pedig állóban, milyen állásban volt a testrész. Mindent kell tudnunk, hogy helyesen ítélkezhessünk; a nem együttes működés nemcsak tévedésekre ad okot, hanem szerencsétlen kimenetelt is vonhat maga után; de nem azért, mert a lemezkép téveszthet, hanem mert a műtő tévedett és nem vett tekintetbe mindent, a mit tekintetbe kell venni.

Az x-sugaras képek nem csálnak, az x-sugarak minden körülmények között igazat rajzolnak.

A készített lemezképek másolatait illetőleg az előadó kimutatja, hogy mennyire nem tudják ezek a fontos és nagyon is tekintetbe veendő finom változásoknak eredeti képeit pótolni.

Előadásának második részében az előadó a különféle lövedékeknek a csontokra való hatását tárgyalja.

A példák nem különlegességekre, nem a roncsolások nagyságára vonatkoznak, hanem arra, hogy a vastag, sőt a vékony csontok is lövegek által mily mértékben repesztetnek és hogy e repedések egészen a mechanika törvényeinek megfelelő szabályossággal keletkeznek. Kimutatja, mikor lehetséges és általában hol jöhet létre ú. n. lyuklóves, a miről annyi téves dolgot közöltek.

Ezek után oly példákat mutat be, melyek egyrészt a csonthártya óriási szerepét bizonyítják és egyszersmind kimutatják, mily nagy mértékben szolgálnak az x-sugarak a biológiai folyamatok tanulmányos vizsgálására.

Teljes, szinte tömlekké roncsolás esetén is a csonthártya átveszi az egész restitutiót, körültokolva a kis csont-részletekből álló nagy gócot; a csontszilánkok részben eltávolíthatnak vagy felszívhatnak és a csont meggyógyulva, a roncsolás helyén vastagfalú csontlédaszerű új csont képződik, mely csakis a periosteumból indul ki; rövidülés nem áll be.

Ezen példa után az előadó a túlhosszú kötözés folytán mozdatatlanul tartott csontváz-részletek, illetőleg azok szövetének atrophijáról emlékszik meg.

A mi a lövegeket illeti, igen tanulságos példán mutatja be lábszárlövés esetében az épen maradt csont, a löveg és roncsolt csont közötti térbeli ábrázolást; bemutatja, hogy az alapjával a testrészbe és csontba hatoló hegyes puska-löveg nem hat mint dum-dum-löveg, más esetben pedig akkor robban szét a löveg számtalan picziny részletre, ha keresztülfúrta már a csontot, elárasztva a lágy szöveteket szinte megszámlálhatatlan igen kicsiny fémszilánkkal.

Az előadás végén koponya- és agysérülésekre vonatkozó példákat demonstrál.

Beteget mutat be, kinek nyakszirtcsontján orosz fegyverlövédék hatolt keresztül az agyba. A beteg műtétnek lett alávetve, melynek célja lett volna az agyban székülő lövedék eltávolítása, a mi azonban nem sikerült, így került a beteg a 16. számú helyőrségi kórház sebész osztályára. A beteg állandó főfájásról panaszkodott. Az x-sugaras vizsgálat egész pontossággal kimutatta a löveg fekvésének helyét; ezt igazolta a műtét is.

2. Engel Károly: Érdekes mellkaslövés esete.

A beteget október 19.-én érte a golyó, a bemenet jobboldalt a negyedik borda magasságában volt a lapoczká belső széle mellett, a kimenet a bal első bordának a szegycsonthoz való tapadásánál. A lövés után három hétig vért köpött a beteg, nagy láza volt és szúrása a jobb mellkasában. Jelenleg járáskor könnyen elfullad, mindig fázik. A sápadt beteg jobb mellkasfelének felső részén a szegycsonttól jobbra igen erős kiterjedt surranás tapintható, melynek állandó, systolésen erősödő zöreje felel meg, e zöreje jól hallható a mellkason szinte mindenütt. A jobb kulcsfeletti árok belső részén gyenge lüktetés látható. A betegnek kifejezetten stenosisos a lélekzése. A lövés irányából és a physikai leletből nagy valószínűséggel az arteria anonymának a vena anonymával közlekedő lövésű aneurysmáját állapítja meg.

IX. hadsebészeti értekezlet.

(Vége.)

Paulikovits Elemér: Punctio pericardii.

Egy érdekes esetről óhajtok még beszámolni, melyben a szívburokban felhalmozódott vérömleny lecsapolását végeztük. 26 éves honvédről van szó, ki szept. 2.-án szenvedett lövésülést s felvételre szept. 5.-én került. A bemeneti nyílás az incisura jugularis sterni felett 1/2 cm.-nyire feküdt és belőle véresen színezett savó szívárgott. A szívtompulat felső határa az első borda alsó szélén, a csúcslökés az első hónaljvonalban, a szívtompulat belső határa pedig két harántujnyira a szegycsont jobb szélétől volt kimutatható; a Röntgen-átvilágításkor pedig a haemopericardiumra jellegző sötét háromszögletű árnyék volt látható.

Mivel a betegnek légzése igen nehezített volt, erős dyspnoé és cyanosis állott fenn, a pulsusa szapora, filiformis volt s e tünetek conservatív kezelés mellett fokozódtak, szeptember 7.-én műtétre határoztuk el magunkat. A Rose-féle eljárás szerint, a beteget ülőhelyzetbe hozva, a szegycsont bal szélén az V. és VI. borda között ferdén fel- és befelé előtolt lumbalpunctióval tüvel hatoltunk be és a szívburokból 250 cm³-nyi folyékony, sötétpiros vért bocsátottunk le. A műtét után a beteg légzési nehézségei lényegesen javultak, a filiformis pulsus lassúbb és teltebb lett s a beteg subjective igen jól érezte magát. A javulás három hónapon át tartott, úgy hogy reményünk volt, hogy betegünk életben marad. Harmadnap este azonban ismét erős dyspnoé állott be, a pulsus fokozatosabban rosszabbodott s a beteg szívbénulás tünetei között meghalt.

A megejtett boncoláskor azt találtuk, hogy a szívburok legfelső részén, azon a helyen, hol az aorta felhágó szárához tapad, 20 filléres mekkoraságú, zúzott szélű anyaghiány van, a vena anonyma dextra alsó felületén pedig e helynek meg-

felelőleg borsónyi, likszerű sebzés, melyről nyilván egy thrombus levált s innen eredt az újabb vérzés a szívburok üregébe, mely azután a beteget megölte.

Paulikovits Elemér: Tangentialis koponyalövés után keletkezett agytályog öt esete.

A következőkben tangentialis koponyalövés után keletkezett agytályog 5 esetét mutatom be, előre is hangsúlyozva, hogy csak felületes agytályogokról van szó, mivel mélyebb agyrészekben keletkezett tályog-eseteim kivétel nélkül elpusztultak. Ezekben vagy a lágyburok venái mentén terjedt fertőzés okozta meningitis purulenta, vagy a plexus choroideus, illetve tela choroidea mentén terjedt fertőzésből keletkezett agykamarabeli tályog okozta a halált.

1. Első betegem 28 éves gyalogos, ki okt. 24.-én sérült. Tangentialis koponyalövés a bal faltáján. A csontdefectusból bűzös, sárgás-zöldes, pépes agyállomány ürült. Feltárás nov. 3.-án. A tályog kitakarítása után sima seblefolyás mellett teljes gyógyulás.

2. 24 éves gyalogos. Szept. 15.-én a bal halánték táján szenvedett tangentialis koponyalövést. Felvételtkor, szept. 22.-én, a csontdefectus helyéről bűzös, sárgás-zöldes, bőséges, pépes agyállománnyal kevert geny ürül s számos letört csontszilánk áll ki. Feltárás és kitakarítás után sima seblefolyás, teljes gyógyulás.

3. 38 éves gyalogos. Okt. 25.-én a bal occipitalis tájon szenvedett tangentialis koponyalövést. Felvételtkor, nov. 3.-án, koronári csontdefectus, melyből bűzös, szennyes-sárgás genyvel kevert agyállomány ürül és csontszilánkok állnak ki. Feltárás és a tályog kitakarítása után sima seblefolyás mellett teljes gyógyulás.

4. 27 éves gyalogos. Aug. 27.-én jobb faltáján szenvedett tangentialis koponyalövést. A defectus a faldudor előtt egy harántujjnyira volt látható. Felvételtkor, szept. 2.-án, feltárás, mikor is kitűnik, hogy az agykéreg állományában jókora diónyi tályog foglal helyet, melyben csonttörmelékek és lövegszilánkok találhatók. A tályog kitakarítása után sima seblefolyás mellett teljes gyógyulás.

5. 29 éves tizedes. Szept. 2.-án érte a jobb occipitalis tájon tangentialis koponyalövés. Felvételtkor, szept. 7.-én, a húszfilléresnyi csontdefectusból bőséges zöldes-sárga, igen bűzös geny ürül s belőle néhány csontszilánk áll ki. Rögtön feltártuk a sebzés helyét s a tályogot néhány csont- és lövegszilánkkal együtt kitakarítottuk és draineztük. Reactionmentes seblefolyás után a beteg 6 hét alatt teljesen meggyógyult.

Paulikovits Elemér: Az antrum Highmoriból eltávolított löveg esete.

A 22 éves gyalogos aug. 19.-én Sabacznál sérült meg. A puska löveg a jobb járomív közepe alatt egy harántujjnyira hatolt be és a csontos koponyában akadt meg. A sérülés után orrán-száján eleredt a vér és száját kinyitni nem tudta. Augusztus 20.-án a beteg a bajai kórházba került, hol Röntgen-vizsgálat után aug. 24.-én a jobb járomív alatt ferde metszéssel kísérelték meg a löveg eltávolítását. E kísérlet azonban sikertelen maradt. Augusztus 26.-án újabb Röntgen-vizsgálatot eszközöltek, melynek alapján újból megkísérelték a löveg eltávolítását. Ez a kísérlet sem vezetett azonban eredményre. A betegnek továbbra is állandóan voltak fejfájásai és a látása is fokozatosan romlott. Ily állapotban került okt. 18.-án kórházunkba. A bitemporalis és occipito-frontalis irányban eszközölt Röntgen-felvételek azt mutatták, hogy a löveg a baloldali Highmor-üregben fekszik. Szemtükrö-zéskor mindkét pupilla a rendesnél bővérbűbbnek bizonyult és egy dioptriás kiemelkedést mutatott. A vérbőség oka szemosztályunk vizsgálata szerint a lövés okozta trauma volt. Mivel a beteg panaszai fokozódtak, nov. 12.-én a golyó eltávolítására határoztuk el magunkat. A bal pofa nyálkahártyájának áthajlasi redőjében vezetett metszéssel feltártuk a fossa caninát és az antrum elülső falát fillérnyi terjedelemben kivésve, a löveget, mely az antrum mélyén feküdt s alig néhány csepp genyvel volt szennyezve, eltávolítottuk, az antrum nyálkahártyáját azután helyére visszahelyeztük s az üregbe jodoformgaze-csíkot vezetve, fölötte a pofa nyálkahártyáját

négy csomós catgut-öltéssel egyesítettük. A seblefolyás teljesen sima volt és a műteti sebzés per primam gyógyult. A drainezés helye is beszarjadzott s a beteg 5 héttel a műtét után teljesen meggyógyult.

Donáth Gyula: Az előadó a n. medianus, a n. radialis és a n. ulnaris varrata esetében már 8 napra a sérülés után elhatározhatta magát a varratra és az operatív lelet, valamint a szép eredmény szerint a beavatkozás teljesen indokolt volt. A sérülés első idejében azonban igen nehéz lehet annak eldöntése, vajon történjék-e beavatkozás vagy sem. Hiszen tudjuk, hogy pl. a n. radialis vagy n. facialis compressiója, illetőleg refrigeratioja esetén, a midőn a folytonosság megtartott, hónapok telhetnek el, míg a regeneratio és működés helyreáll. A villamos vizsgálat, mely idegoperatio előtt sohasem mulasztandó el, nézetem szerint friss esetben támpontot nyújthat az operatio szükséges voltára, még pedig akkor, ha az idegből, centralisan a sérüléstől, sem fárados, sem galvánárammal reakciót nem kapunk. Ilyenkor biztosak lehetünk arról, hogy a folytonosság hiányzik. Ha pedig a sérülést a 3. héttől kezdve látjuk, akkor a villamos elfajulási reakciót a golyó okozta zúzódás vagy extravasatum, illetve aneurysma nyomása okozhatta; a bénulás itt continuity hiány nélkül áll fenn és az operatio fölösleges. A döntés ilyenkor a neurologusnak is komoly nehézséget okozhat és a löveg menetétől meg az anatómiai viszonyoktól függ.

A mi a varrat után a regeneratio gyorsaságát illeti, ez nagyban függ attól, hogy korán operáltunk-e.

Sarbó Artur: Elismeri, hogy a bemutatott esetekben a műtések helyes indicatio alapján kitűnően voltak végrehajtva. Neurologiai szempontból a functionalis eredményt illetően szólni hozzá. Az idegregenerációt illető tudásunk alapján a priori nem mondhatjuk, hogy nem lehetséges, hogy idegkimetszés és összevarrás után néhány hét alatt visszatérjen a vezetés és vele a mozgás. A bemutatott esetekben is csak látványosan a functionalis eredmény, így a radialis-bénulás eseteiben a mi mozgás mutatkozik, az onnan ered, hogy a hajlító izmok működése folytán behajlított ujjak ezen izmok elernyedése folytán extendálódnak, a mi azt a látszatot kelti, mintha az alkar feszítő izmai működne, pedig ezek még ma is teljesen bénák. Ugyanez áll a peroneus-bénulás esetére is. Hosszú hónapok ($\frac{3}{4}$ —1 év) múltán fogunk csak tisztán látni abban a kérdésben, hogy az alkalmazott idegvarratok milyen functionalis eredménnyel jártak.

Fischer Aladár: Több esetben volt alkalma idegvarratot végezni. Eddig a plexus brachialis varratát két ízben, a nervus medianusét egy ízben, a nervus radialisét hét ízben, a nervus peroneusét egy ízben végezte. Ezenkívül az orsóidegnek callusból való kiszabadítását szintén egyszer végezte. A technikára vonatkozólag eljárása az, hogy az idegvégeket finom catgut-szállal átöltve közelíti és egyeztet, azután az ideget körkörösén igen finom selyemmel egyesíti, felöltve a perineuriumot. Fontosnak tartja, hogy az idegkeresztmetszet congruáló részei egyesítenek és a csontok ne legyenek egymással szemben elcsavarva. Ennek fontossága *Stoffel* vizsgálataiból tűnik ki. Az ideg varrása után igen fontos a varrat kellő fedése, hogy az elhagedéstől védve legyen. Az idegvarratot lehetőleg a környezetből vett nyeles izomlebensnyel burkolja. Ennek előnyt ad a praeparált arteria-, az autoplastikai vena-, fascia- vagy zsírlébenytransplantációval való burkolás felett. A mi a functionalis eredményeket illeti, eddig még csak egy esetben látta a functio visszatérést medianus-varrat után, hol a hüvelykpróna telődése és az oppositio helyreállása egész biztosan észlelhető. A többi esetben functionalis eredmény még nincs, de nem is lehet, mert ennek bekövetkezésére csak hónapok múlva számíthatunk.

FÁJÓS LÁBAKRA ajánlja —
GERŐ ADOLF FIA készítményeit
ortopéd orvostan
Budapest, Kossuth Lajos-u. 4.

Natr. kakodyl. Injectió Dr. Egger

tökéletes arsen-készítmény
sikerrel pótolja a francia eredetű szert.

Abbazia Sanatorium
„Neues Kurhaus“
(azelőtt Dr. Schalk)

Elsőrangú orvosi gyógyintézet. A légzési nehézségek géppel való kezelése. Dietetikus kúrák gyomor-, bél- és vesebajok, cukor- és ideg-betegek számára. Hízoló- és megvonó-kúrák, gyógytorna, Röntgen-szoba. Az összes villamos-physikalikus gyógy módok, központi fűtés, hegyi vízvezeték, villamos világítás, lift, a szobák déli fekvéssel és tengeri kilátással. Két orvos. Prospectus. Egész éven át nyitva.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Ónodí Adolf: Harcztéri orr- és gégegyógyászati esetek. 167. lap.

Acél Dezső: Közlemény a budapesti egyetem közegészségtani intézetéből. (Igazgató: Liebermann Leó egyet. tanár.) Saponinhoz hasonló anyag a vérsavóban. 168. lap.

Dollinger Béla: Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Spondylitis tuberculosa (2000 eset alapján). 169. lap.

Poór Ferenc: Fournier †

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Wienert. Tetanus. — Leschke; Pneumo-

coccus okozta torokgyulladás. — *Sebészet.* Lossen: Másodfokú égések. — *Jeslonek* Súlyos tetanus négy gyógyult esete. — *Gyermekeorvostan.* Foerster: Az erythema nodosum és a tuberculosis közötti összefüggés. — *Húgyszervi betegségek.* A. Kappis: A húgyhólyag különös lövéses sérülése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Brugsch és Wolffenstein: Az oxychinolin-származékok befolyása a purin-anyagcserére. 174—175. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi uiság. 176. lap.

Vegyes hírek. 176. lap.

Tudományos társulatok. 177—180. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Harcztéri orr- és gégegyógyászati esetek.

Írta: **Ónodí Adolf** dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

1. Arcz- és váll-lövés, homloksérülés, egyoldali chorioretinitis, egyoldali részleges oculomotorius-hűdés, az orrüreg érzétlensége, szaglászhiány, szaglász hallucinatio, izléshiány, egyoldali sükettség.

H. S. 24 éves altiszt augusztus 28.-án sebesült meg. Az egyik golyó a jobb arczfélén az állkapocs területén hatolt be és a szájon jött ki, a másik golyó a jobb kulcsont karvégén hatolt be és a lapocka területén hátul jött ki. A bal homlokon, 3 cm.-nyire a margo supraorbitalis felett srappell-szilánk érte és eszméletlenül összeesett. Három napig eszméletlenül feküdt, s mikor magához tért, bal szemén nem látott, bal szemhéját felemelni nem tudta és a jobb fülén nem hallott. Sebeinek begyógyulása után, nov. 11.-én nagyon kellemetlen szagérzetek miatt megvizsgáltatta magát. Sebesülése óta szaglóképességét elvesztette, az orrüreg elváltozást nem mutat, nyálkahártyája azonban mindenütt teljesen érzéstelen. A foghagymaszsz 50 ezer egységét, valamint a scatol és borneol felette bűdös anyagok szagát nem érzi, maga azonban felette kellemetlen bomlott anyagok bűzös szagát érzi, a mi kedélyét deprimálja. Az ételek ízét nem érzi. Az arcz, fejbőr, külső fül, ajak, nyelv, lágy szájpad, garat érzési és mozgási eltérést nem mutat. A jobb fülén nem hall, csontvezetés nincsen, látható elváltozás nincsen, a bal fülén jól hall, a csontvezetés jó. A jobb szem ép. A bal szemén fényérzés nincsen, a bal felső szemhéj lelóg, emelni nem tudja, a bal szemgolyó felfelé való mozgásában elmarad. A cornea, iris, pupilla rendes, a törőközegek tiszták. A bal papilla rendes színű, orr-fele pigmenttől erősen körül van véve, a halántéki oldalon a papilla mellett egy negyedpapillányi pigmentfolt látható, alul-belül pedig egy félpapillányi. A papillától lefelé egy papillányira 4—5 papillányi terjedelemben, egy papillányi szélességben a chorioidea megrepedt, a repedés alsó, belső és külső széle erősen pigmentált, az alsó pigmentatio háromszög-alakban lefelé terjed. A repedés felső, a papilla felé néző szélén pigment nincsen, hanem a repedés hosszának

felét az orr-oldalon fényes, fehér kötőszövetköteg kíséri, melyet véresek szelnek át, a halánték-felét pedig sárgás chorioretinalis foltok. Ezen repedéstől lefelé chorioretinitis folytán a retinában egyes halvány foltos területek láthatók (ptosis, retinitis proliferans, chorioretinitis traumatica, Markbreit dr.).

A bal oldalon megsérült a szem, mely vaksághoz vezetett és az oculomotorius azon idegágai mutatnak hűdést, melyek a felső szemhéjat emelő izmot és a felső egyenes szemizmot idegezik be; a jobb fülön sükettség jelentkezett; az orrüreg teljes érzéktelensége mindkétoldalt a trigeminus első és második ága érzőidegeinek területébe esik; a szaglászhiány kétoldali, melyhez az izlés hiánya szegődik, végül szaglász hallucinációk vannak jelen.

A jelzett kórkép a két lösebtől teljesen független, a tünetek okozatos összefüggésbe csupán a homlokokt ért srappell-sérüléssel és az ezt követő commotióval hozhatók. Nem vezetne célra, ha a localisatio kérdésének fejtegetésébe bocsátkoznánk, minthogy az egymástól helyileg távolfekvő több pontnak sérülése mellett bonczolástaniilag egy területre helyezett laesio felvételével a leírt tünetek megmagyarázhatók nem lennének. Általánosságban egy laesio, a commotio megadja a magyarázatot, a commotio nyilván több helyen intracranialis és cerebralis laesiókat okozott, de felvételekbe bocsátkozni és a részleges fejtegetést megkísérlni, hogy hol és milyen vérzés, csontrepedés vagy finomabb elváltozás az agykéregben és idegközpontokban alkotja a kórkép okát, nem vezethetne eredményre. Az érdekes eset további lefolyását, ha újra megfigyelésem alá jut, közölni fogom.

2. Ictus laryngis.

Ezen ritka kóralakot *Charcot* írta le vertigo laryngis név alatt, mások utána az ictus laryngis elnevezést használták, találkozunk azonkívül az epilepsia laryngea és a syncope laryngea elnevezésekkel is. Mindezek között az ictus laryngis elnevezés terjedt el általánosságban. Lényegében az ictus laryngis kórképe abban áll, hogy a gégében jelentkező csiklandó, viszkető ingert köhögés-roham követi, mely alatt a beteg hirtelen elszédül, eszméletét veszti és elesik, de csakhamar magához tér. Ezen bántalom legtöbbször férfiakon észleltetett, egyes esetekben csak egy vagy néhány roham jelentkezett. *Charcot* olyan esetet közölt, melyben egy napon 15 rohamot észlelt. Észlelték hangrésgröcsöt, az

arcz cyanosisát és teljes elhalványulását is, egyes esetekben nyelvharapást a roham alatt. Továbbá az esetek nagyobb részében a felső légutak hurutját, kisebb részében neuropathiás dispositiót észleltek. Egyes esetekben rövidebb ideig tartó bizonyos gondolat-zavar is volt. Ezen ritka bántalom, melyből alig közöltek még 50-nél több esetet, maig sincsen kórtanilag tisztázva. Mielőtt kórtani fejtegetésekbe bocsátkoznánk, röviden közöljük észlelt esetünket.

Fr. B., 44 éves tiszt, állítása szerint a felső légutak hurutjában szenvedett. A déli harcztéren erősebben meghűlt, midőn erős köhögésrohamok állottak be, melyekhez szédülések csatlakoztak, majd elvesztette eszméjét, földre esett, de csakhamar magához tért. A harcztéren vagy 8—10-szer megismétlődött ezen roham, miért is gyógykezelés céljából Budapestre küldték. Felvételekor homlokán, arcán több, részben véraláfutásos, részben vörös duzzadt ütődési foltok láthatók. A vizsgálat a felső légutak hurutos eltávolításait mutatta ki, a hangszalagok vörösek, duzzadtak voltak. A köhögésrohamokat erős szédülés követte, megelőzte pedig inger és többször görcsös szorító érzés a gégében. A gége kezelésére úgy a köhögésrohamok, mint a szédülések gyengültek és ritkábbak lettek, a nyugalom és a gégeeltávolítások javulása folytán a szédülés elmaradt és csupán még időközönként van köhögés, mely a még csekély gégeeltávolítások megszűnésével szintén elmarad.

Az ictus laryngis kórtanát illetőleg *Charcot* neurosisnak tekintette, mely analog a fül- vagy gyomorszedüléssel; felvette, hogy a felső gégeideg ingere a központra hat és kiváltja a rohamot. *Charcot* ezen centripetalis ideg inger-felvételét a későbbi észlelők nem tagadták, de különböző feltevésekkel bővítették. Az észlelők egyik csoportja a körzeti inger hatását a magasabb központokra és a vérkeringési zavarokat veszi alapul a kórkép magyarázásában, az észlelők másik csoportja pedig az epilepsia körébe vonja az ictus laryngist. *Mac Bride*, *Russel* a hangrésgörcs egy válfajának tekinti ezt a kórképet. *Charcot* felvételét *Garel*, *Collet*, *Schadewaldt* kibővítette, a mennyiben felvették, hogy a kilégző központ ingerlése által kiváltott köhögésroham az intrathoracalis nyomást és a szív működését is módosítja.

A vérkeringési zavarokat mások is felvették. Így *Knight*, *Schroetter* a zavart légzés által gátolt vérkeringésben kereste az okot. *Schmidt*, *Bruck* hasonlóképpen vérkeringési zavarokat vesz fel, így hevenyen támadt agyvérbőséget és erős vérnyomást. *Schadewaldt* egy halállal végződött esetét úgy magyarázta, hogy a felső gégeideg centripetalis ingere izgatta a kilégző központot, mely előidézte a köhögésrohamot, egyidejűleg azonban a szív gátló központját is ingerelte, a mi agyvérszegénység és szédülés mellett szívhűdéshez vezetett. Ezen felvétellel szemben *Gray*, *Luc*, *Bianchi*, *Massei*, *Semon*, *Chiari*, *Brünnings* az ictus laryngist epilepsiának tekinti laryngealis aurával, a mit *Schroetter* az esetek egy részben lehetővé tart. *Semon* ezen felvételt kísérleti tényekkel is támogatja, ugyanis a hangképző kéregközpontoknak nagyon erős vagy sokáig tartó izgatása a gége valódi epilepsiáját okozza, mely a test egyéb területeire is áttérjed. Nem lehet tagadni, hogy az epilepsia felvétele tetszetős, különösen azért, mert az epilepsia convulsiv tünetek nélkül is jelentkezhetik és mert az epilepsia lényege tulajdonképpen az öntudat kiesése. Ictus laryngis eseteiben ritka a nyelvharapás, az izomgörcsök pedig ritkán mutatkoznak a gégében hanggörcs alakjában, csupán az eszméletlenség a közös tünet, de ez is nagyon rövid ideig tart. A szédülést, az eszméletlenséget a gégébe jutott idegen test, aspirált folyadék stb. is előidézhetheti, a mint hogy sok egyéb oka van még az eszméletlenségnek. A vérkeringési zavarok is szinte kínálkoznak a felvételre, de látjuk, hogy az arcz egyszer cyanosisos, más-szor halvány a roham alatt.

Helyesen hangsúlyozta *Garel*, hogy az ictus laryngis okai meglehetősen variabilisak. Így látjuk, hogy *Sommerbrodt* esetében gégepolypus eltávolítása után, *Cartaz* esetében a nyelvmandula edzése után, *Adler*, *Gleitsmann* eseteiben uvulotomia után maradtak el a rohamok. Nem lehet tagadni, hogy

a kóros dispositiónak szerep jut; az egyes kórok mellett némelyek az érrendszer elváltozását vették fel, mások az alkoholizmust stb., de különösen hangsúlyoznunk kell a neuropathiás dispositiót. Esetünkben is ki akarom emelni ezen neuropathiás dispositiót, mely a háború annyi izgalma mellett ezen kórkép létrejöttét elősegítette. Mai ismereteink alapján az ictus laryngis kórtanát tisztázottnak nem tekinthetjük. Általában kedvező a prognosisa, csak egy halálos esetet ismerünk. A gyógykezelés a fennálló kóros elváltozások lehető megszüntetése, a disponáló alapbántalom, a neuropathiás dispositio gyógyítása, a felső légutak kezelése cocain- és adrenalin-inhalatiók alakjában s a reflexingerlékenység lefokozása bromkáli, morphium segítségével.

Közlemény a budapesti egyetem közegészségügyi intézetéből.
(Igazgató: Liebermann Leó egyet. tanár.)

Saponinhoz hasonló anyag a vérsavóban.

Irta: *Acél Dezső* dr., egyetemi tanársegéd.

W. Friboes a „Deutsche med. Wochenschrift“ 1914. évfolyamának 12. számában az ember s egyes állatok vérsavójának szerinte eddig ismeretlen alkotórészéről értekezik. A vérsavónak ezen eddig ismeretlen anyagát a vérsavó cholesterolin-meghatározása alkalmával találta. *Friboes* a vérsavó cholesterolin-tartalmának meghatározását az *Autenrieth* és *Funk* által ajánlott úgynevezett chloroformmethodussal végezte. E methodus lényege röviden abban áll, hogy a haemoglobint és vérsavómentes vérsavót (2 cm³-t) vízfürdőn 2 óráig kálilúggal (20 cm³ 25%) főzzük, majd 4—5-ször chloroformmal 5—10 percig erősen kirázzuk. A chloroformrészeket egyesítésük után natr. sulfur. siccummal összerázza, az feltisztul. A feltisztulás után filtráljuk s az így nyert tiszta chloroform-oldatot lepároljuk. Az edényben visszamaradt chloroformos kivonatot 4—5-ször aetherrel kell extrahálni, a midőn ez az összes jelenlevő cholesterolint kioldja; az aetherrel való extrahálás után visszamaradt, tehát aetherben oldhatatlan rész az, a melyet *Friboes* tovább vizsgált s írt le mint a serumnak egy új anyagát.

Ezen aetherben oldhatatlan rész oldatának erősen habzó volta felkeltette az érdeklődését ezen anyag haemolizáló képességének megvizsgálására, a midőn az anyagnak haemolysis hatását állapította meg.

A haemolizáló képességből, az állatokra (halra) gyakorolt bódító hatásból s az anyag oldatának habzásából azt következtette, hogy saponinszerű anyagról van szó; ugyanerre az eredményre jut az anyag kémiai vizsgálatakor, a melynek bővebb részletezését itt mellőzzük. Mindezek után *Friboes* azt véli, hogy joggal lehet ezen új anyagot a „vérsavó saponoid“-jának elnevezni.

Mindenekelőtt megpróbáltuk ezen anyagot különböző állatok vérsavójából előállítani. Az előállításakor mindenkor híven ragaszkodtunk ahhoz a methodushoz, melyet nagyjában fentebb ismertettünk s melyet *Friboes* is használt. Az eljárás végén kapott, aetherben nem oldható anyagot — éppen úgy, mint *Friboes* — annyi physiol. NaCl-oldatban oldottuk, mint a mennyi vérsavóból eredetileg kiindultunk.

Az I. táblázatban közöljük a 3 állat vérsavójával (tengeri malacz, kutya, marha) kapott eredményeket.

E kísérletekből látható, hogy az itt szereplő tengeri malacz és kutya vérsavójában sokkal több haemolysises anyag volt, mint a marha vérsavójában.

Friboes közleményének elolvasása után arra gondoltunk, hogy itt talán a vérben állandóan jelenlevő lecithinféléről vagy annak hasadási termékéről lehet szó. A lecithin haemolysis hatása régóta ismert s csak az a kérdés merült fel, vajjon a lecithinből, ha ugyanolyan eljárásnak vetjük alá, mint a vérsavót, kapunk-e egy oly fractiót, mely még tud haemolizálni s mely máskülönben is hasonlít a *Friboes* által leírt saponoidhoz.

E végből egy lecithinemulsiót a fentebb leírt eljárásnak vetettünk alá. Az aetherben nem oldható fractio egy részét

I. táblázat.

1. *Tengerimalacz-vérsavó:*

1.0 cm ³ oldat	+	0.0 cm ³ physiol. NaCl-oldat	+	1 cm ³ 5%-os marhavérsejt-emulsio	=	azonnal teljes haemolysis
0.5 " "	+	0.5 " " " "	+	1 " " " "	=	5 perc alatt teljes haemolysis
Controll	+	1.0 " " " "	+	1 " " " "	=	nincs haemolysis

2. *Kutyavérsavó:*

1.0 cm ³ oldat	+	0.0 cm ³ physiol. NaCl-oldat	+	1 cm ³ 5%-os marhavérsejt-emulsio	=	azonnal teljes haemolysis
0.5 " "	+	0.5 " " " "	+	1 " " " "	=	" " "
0.3 " "	+	0.7 " " " "	+	1 " " " "	=	" " "
0.1 " "	+	0.9 " " " "	+	1 " " " "	=	2 perc alatt teljes haemolysis
Controll	+	1.0 " " " "	+	1 " " " "	=	nincs haemolysis

3. *Marhavérsavó:*

1.0 cm ³ oldat	+	0.0 cm ³ physiol. NaCl-oldat	+	1 cm ³ 5%-os marhavérsejt-emulsio	=	4 óra alatt teljes haemolysis
0.5 " "	+	0.5 " " " "	+	1 " " " "	=	4 " " "
0.3 " "	+	0.7 " " " "	+	1 " " " "	=	5 " " "
0.1 " "	+	0.9 " " " "	+	1 " " " "	=	nincs haemolysis
Controll	+	1.0 " " " "	+	1 " " " "	=	" "

II. táblázat.

2.0 cm ³ oldat	+	1 cm ³ 5%-os marhavérsejt-emulsio	+	0.0 cm ³ physiol. NaCl-oldat	=	azonnal teljes haemolysis
1.5 " "	+	1 " " " "	+	0.5 " " " "	=	" " "
1.0 " "	+	1 " " " "	+	1.0 " " " "	=	1 1/2 perc alatt teljes haemolysis
0.75 " "	+	1 " " " "	+	1.25 " " " "	=	6 " " "
0.5 " "	+	1 " " " "	+	1.5 " " " "	=	11 " " "
0.25 " "	+	1 " " " "	+	1.75 " " " "	=	35 " " "
0.1 " "	+	1 " " " "	+	1.9 " " " "	=	90 " " "
0.05 " "	+	1 " " " "	+	1.95 " " " "	=	nincs haemolysis

physiol. NaCl-oldatban oldottuk, hogy ezen oldat haemolysises képességét megvizsgáljuk. Az oldatot úgy készítettük, hogy annak minden cm³-e 0.005 gr. aetherben nem oldható anyagot tartalmazott. Ez oldattal a II. táblázatban bemutatott kísérleteket végeztük.

Mindebből az következik, hogy a lecithin aetherben nem oldható fractiójának oldata éppen olyan haemolysises hatással bír, mint a *Friboes*-féle saponoid. Ezek után megvizsgáltuk úgy a vérsavóból, mint a lecithinből nyert, aetherben nem oldható fractio kémiai sajátosságait. Ezen vizsgálatokban szereplő vérsavó-„saponoid“ egy kutyának vérsavójából állítottatott elő, melynek haemolysises képessége fentebb 2. sz. alatt látható.

	Lecithin	Vérsavó
	aetherben oldhatatlan fractiója	
Kémhatás	erősen alkáliás	erősen alkáliás
Alkoholban	nehezen oldódik	nehezen oldódik
Chloroformban	elég jól	elég jól
Vízben	jól	jól
Vizes oldat	habzik	habzik

Egyéb reakciókban is feltűnő hasonlóság mutatkozott. Nitrogen nem volt kimutatható, phosphorsavat csak nyomokban tartalmazott, kén (ólomfeketítő) nem volt kimutatható. Azon reagentek iránt is nagyobbára hasonlóan viselkedett, melyeket *Friboes* értekezésében felsorolt. Ha egyiknél-másiknál voltak is kisebb különbségek, ezeket nem tekintettük jelentékenyeknek, minthogy eddigelé nincs szó arról, hogy kémiaiilag tiszta, egységes anyaggal volna dolgunk.

Az anyag természetére nézve fontosnak tartjuk, hogy az azt tartalmazó vizes oldatok híg sósavval erős zavarodást adnak, mely aetherrel való összerázás után feltisztul. A leöntött aether maradéka, úgy látszik, valami zsírsavkeverék.

Mindezek után az a véleményünk, hogy az az anyag, melyet *Friboes* saponoidnak nevez, valószínűleg a vérsavóban levő lecithinfélének egy bomlási terméke, mely az erős (25%) káliúggal való hosszas főzés révén keletkezett.

Közlemény az I. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Spondylitis tuberculosa

(2000 eset alapján.)

Irta: Dollinger Béla dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

3. A distractió főkőkezelés.

A múlt század ötvenes éveinek közepe táján a spondylitis kezelése egy új, látszólag nagy reményekre jogosító eljárás kezdeményezésével új irányba terelődött. Ez az eljárás a *Volkman-féle extensio kezelése* volt. A spondylitis extensio kezelése voltaképp Amerikából indult ki, majd Angliában terjedt el és Németországba *Volkman* közlései útján jutott. *Volkman* a distractio kezelést módszerré dolgozta ki és ezáltal annak fogalma szorososan összeforrt a nevével.

A distractio kezelése alapjául *Brackett*, *König* és *Lannelongue* kísérletei szolgáltak, melyek azon tapasztalathoz vezettek, hogy a gerincoszlop állandó distractiojakor a csigolyák között 1—2 mm.-nyi diastasisok képződnek, miáltal a kóros csigolya is felszabadul a nyomás és a megterhelés alól. Az ily módon teljes nyugalomba hozott és fixált csigolya gyulladásos tünetei többnyire lezajlanak és a gibbus-képződés nem áll be, mert a kóros csigolya összeroskadását a distractio megakadályozza.

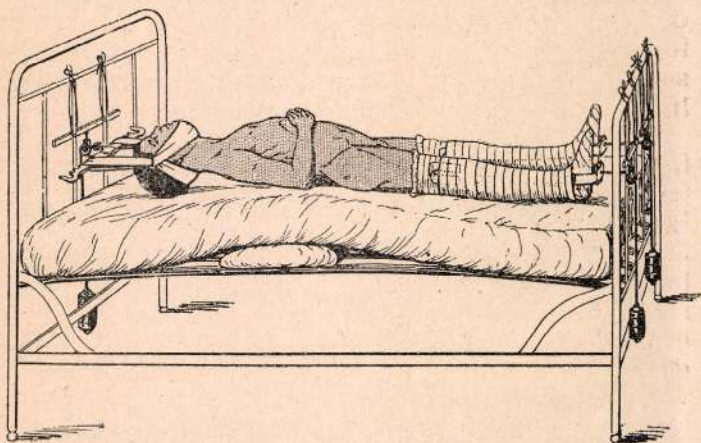
A gyógykezelés legfőbb eszköze a *Volkman-féle distractio készülék* volt, mely a gerincoszlopot a distractio helyzetben állandóan megtartotta. A beteg minden esetben egy jól párnázott ágyon hanyatt feküdt. A distractio készülék beállítása azonban a kóros csigolyának helyétől függött. A nyaki és a magas háti spondylitisek distractiojakor az ágyban fekvő beteg fejére az állat és a tarkót befoglaló *Glisson-féle* függesztő csatt volt erősítve; ehhez viszont egy zsinórt kapcsolattak, mely az ágy fejvége felett áthaladva, mögötte függetlenül lelógott és a végére 6—10 kgr.-os súly volt függesztve.

A gerincoszlop alsó részletében székelő spondylitis esetén a fej és a nyak szabadon maradt, a súly az alsó végtagokra

volt függesztve, ezeknél fogva distrahálták a gerincoszlopot. A distractió súly, tekintve, hogy az ellenhúzást a beteg testének saját súlya szolgáltatja, jól distrahálta a gerincoszlopot. Volkmann az ellenhúzást még úgy növelte, hogy a beteg ágyának egyik végét alátámasztotta s így ferde síkba hozta.

Olyan esetekben, melyekben az egész gerincoszlop distractiójára volt szükség, a két módozatot összekapcsolták és a distractiót az ágy mindkét végén alkalmazták. (34. sz. ábra.)

34. sz. ábra.



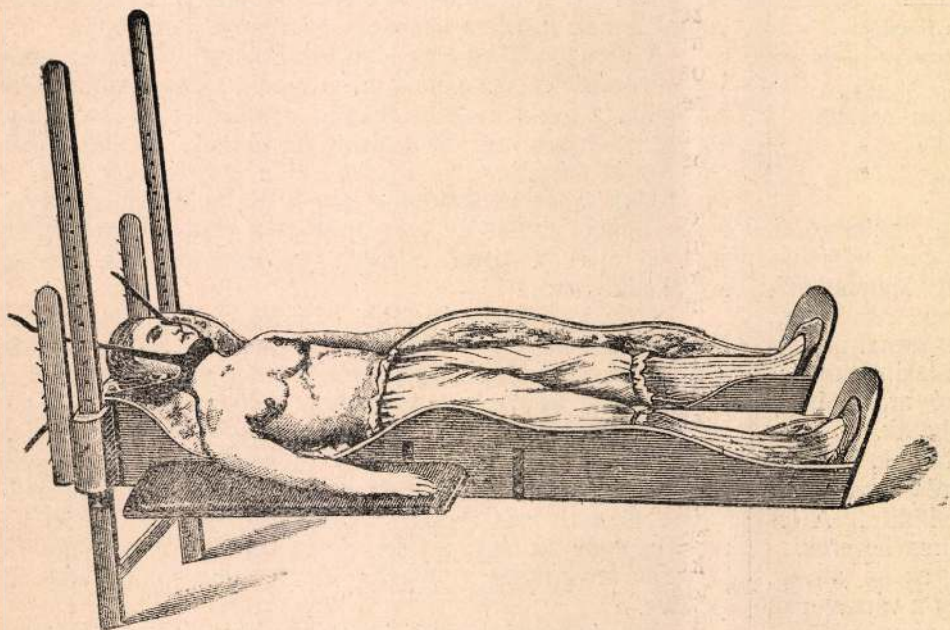
A Volkmann-féle distractió beállítás.

A Volkmann-féle beállítást Phelps még tökéletesítette. A mint azt a 35. sz. ábrán látjuk, Phelps Volkmann szellemében oly fekvőkészüléket szerkesztett, mely a Volkmann-félétől csak annyiban különbözött, hogy a beteg ágy helyett egy jobban rögzítő és ferde síkba könnyebben beállítható, külön e célra szerkesztett készülékben fekszik. Ugyanezen célt szolgálja, de tökéletesebben a törzs idomaihoz simul és így jobban fixál a Bonnet-féle fekvőkészülék. (36. sz. ábra.)

A distractió kezelés hívei e készülékben éveken át tartják a beteget és csak a teljes gyógyulás után, mintegy utókezelésül engedik meg a portatív készülékek használatát, fennjárató kezeléssel.

A fekvő kezelés imént említett hátrányai a Volkmann-féle kezelésnél is fennállnak, sőt a beteg a distractió súlyszerkezet által még jobban az ágyhoz van lánczolva és így az ellentálló ereje még jobban csökken. Mindezekből tekintve, a distractió eljárásnál, a mint azt Dollinger Gyula

35. sz. ábra.



A Phelps-féle distractió készülék.

kifejtette, nem is a distractio a gyógytényező, hanem a distractio által elért fixálása a gerincoszlopnak és a kóros csigolya nyugalombahozatala; a gerincoszlop fixálását pedig sokkal tökéletesebben érjük el a fennjárató kezelés később részletezendő módszereivel.

4. Az extensiós eljárás tökéletesítésének kísérletei.

(A reclinációs eljárás.)

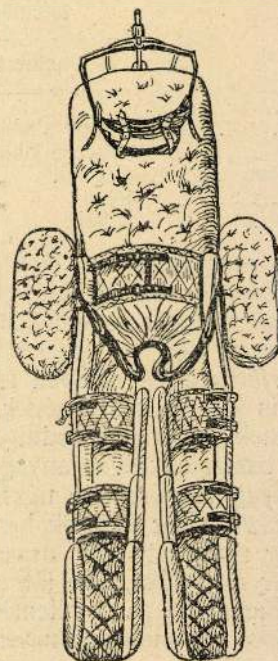
Az extensiós kezelés hívei Volkmann eljárását később azzal igyekeztek tökéletesíteni, hogy az extensio helyett a háti és ágyéki folyamatokban reclinációt alkalmaztak. Azt találták ugyanis, hogy a gerincoszlop erős reclinációja, azaz lordosis esetén a csigolyatestek épp oly mértékben távoznak el egymástól, mint a distractiónál. A reclinatio előnyül tekintették azt is, hogy a kivitele sokkal egyszerűbb volt, mint a distractióé. Természetes, hogy nagy nehézségekbe ütközött ezen eljárás nyaki spondylitis eseteiben. A nyaki gerincoszlop reclinációja ugyanis készülékek segítségével majdnem kivihetetlen; minek folytán a spondylitis cervicalisnál megmaradt a distractió eljárás. A kezelés jelszava tehát ez volt: „A háti és ágyéki spondylitisben reclinálni, a nyakiban distrahálni.”

A reclinációs készülékek általában tökéletesebbek, mint az előbbi csoportban említett distractió készülékek. Előnyük az is, hogy legnagyobb részük gipszminta után készül és így pontosan a törzs idomaihoz simul. E készülékek között a leg egyszerűbb, de egyszersmind a legkezdetlegesebb is a Bradford-féle ráma. A 37. sz. ábrán látjuk, hogy a beteg itt egy hajlékony ólomlécz-rámában fekszik, melyhez csattokkal ellátott vászonhevederekkel van rögzítve. Az egész keret a gerincoszlop kóros szakaszának megfelelő helyen a kívánt mértékben meghajlítható, azaz reclinálható.

A reclinációs kezelésnek egy időben nagyon elterjedt eszköze volt a Rauchfuss-féle függő fekvő készülék és a Maas-féle vánkosos apparatus is. Rauchfuss az ágy magas oldalsínjeire erősített, lebegő vászonhídra fektette a beteget, úgy hogy a híd a hátat vízszintesen kereste és ezzel lordotizálta a gerincoszlopot. (Lásd 38. sz. ábra.) E tökéletlen és rosszul fixáló készülékhez hasonló a Maas-féle vánkosos reclináló szerkezet is, mely a gerincoszlop megfelelő része alá tolt hengeres vánkosokkal eszközli a lordotizálást.

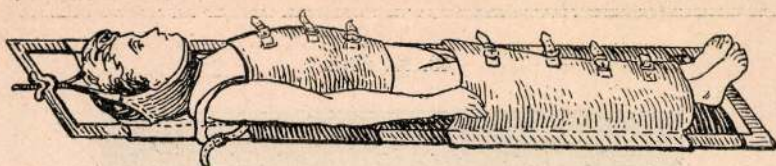
A reclinációs készülékek között még legtökéletesebb a Lorenz-féle reclinációs gipszágy. Ez oly módon készül, hogy a hason fekvő és a hátán kellőképp lordotizált beteg törzsének háti és ágyéki részét gipszpólya-réteggel vonjuk be, melyet jól a beteg idomaihoz simítunk. A gipszréteg megszáradása után a beteget az így nyert teknőből óvatosan ki-

36. sz. ábra.



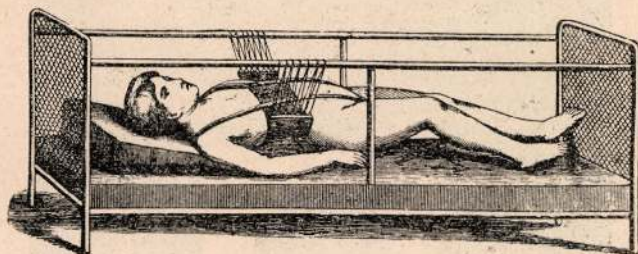
A Bonnet-féle fekvő-készülék.

37. sz. ábra.



A Bradford-féle ráma.

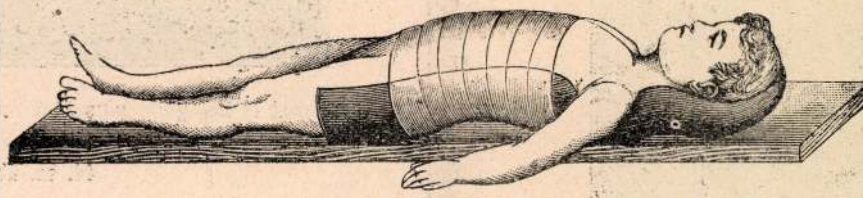
38. sz. ábra.



A Rauchfuss-féle függő fekvő-készülék.

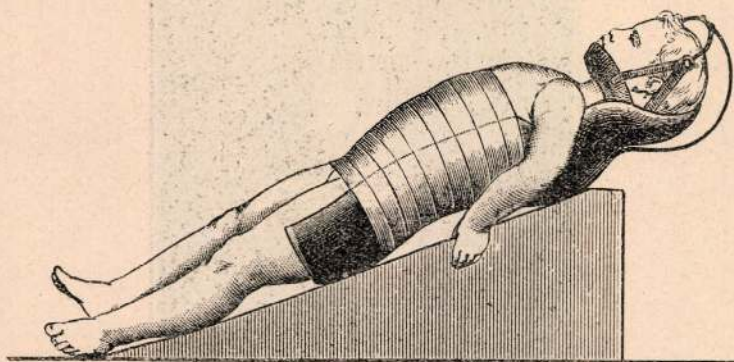
buktatjuk és azt vattával jól kibéleljük. A gipszágy elkészítése után a beteget flanelpólyák segítségével a gipszágyban rögzítjük. (Lásd a 39. sz. ábrát.) A gyógykezelés folyamán a reclinációt úgy fokozzuk, hogy a törzs mindinkább fokozott reclinált helyzetében újabb gipszágyakat készítünk. A gipszágy ismételt készítését *Finck* úgy kerüli el, hogy a gerincoszlop kóros részlete alá a reclinatio fokozására mind nagyobb és nagyobb vattapelottát helyez.

39. sz. ábra.



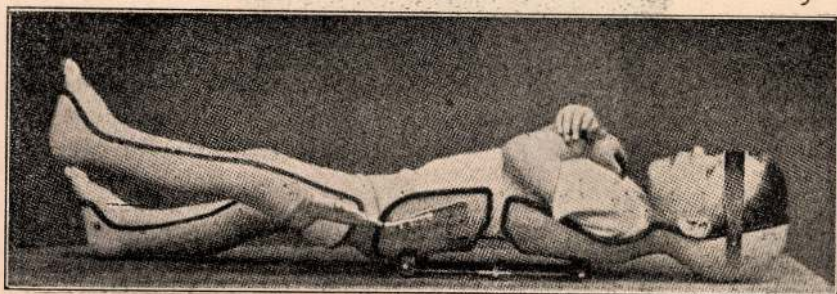
A Lorenz-féle reclinációs gipszágy.

40. sz. ábra.



Lorenz-féle reclinációs gipszágy. (Glisson-féle függesztővel.) A nyaki spondylitis esetén használatos beállítás.

41. sz. ábra.



A Wullstein-féle reclinációs készülék.

Nyaki spondylitis esetén *Lorenz* az occipitalis tájat is befoglalja a gipszágyba és arra még a nyakat distraháló *Glisson*-féle függesztő csattot is alkalmaz, mint azt a 40. sz. ábra érzékíti.

A *Lorenz*-féle gipszágy készítéséhez *Redard* és *Nebel* külön lordotizáló készülékeket szerkesztett. Ezek közül különösen a *Nobel*-féle (49. számú ábra) jött forgalomba, melyet sokan másfajta spondylitis-gipszkötések alkalmazásakor is használnak.

Ujabban *Lorenz* szellemében *Wullstein* is készített reclinációs készüléket. Ezen gipszminta után készült celluloidágy a gibbus helyén horizontális irányban két részre van osztva és ízületekre jár. Az ízületek segélyével a lordosis fokozható vagy csökkenthető, sőt megfelelő csavarszerkezet segélyével az esetlegesen fennálló oldaldeviatio is korrigálható. (Lásd 41. sz. ábra.)

A reclinációs kezelés mellett a beteg a csigolyagyulladás florid stadiumának egész tartama alatt fekszik és csak a teljes gyógyulás után hord még egy ideig portatív készüléket. (Ezek leírását lásd a „Portatív rögzítő-készülék” című fejezetben.) A reclinációs kezelés kritikája szempontjából általában azt mondhatjuk, hogy az, mint a fennjáró kezelés kiegészítő eszköze, kivételes alkalmakkor megállja a helyét, de mint kizárólagos gyógyeljárásnak ugyanazon hiányai vannak, mint a *Volkmann*-féle distractiós fekvő kezelésnek.

5. A Sayre-féle kötések.

Nagyon hasznavehető és célszerűségénél fogva az eddig ismert eljárásokat felülmúló módszerrel gazdagította 1875-ben *Sayre* new-yorki orvos a csigolyagyulladás gyógykezelését. Módszerével *Sayre* oly eszméket valósított meg,

melyek mai gyógyeljárássaink alapkövét alkotják. Eljárásának legnagyobb előnye, hogy az alkalmazott gipszkötés oly jól rögzít, hogy lehetővé teszi a beteg fennjáró kezelését. *Sayre* másik nagy érdeme, hogy először vetette fel a gibbus korrigálásának eszméjét.

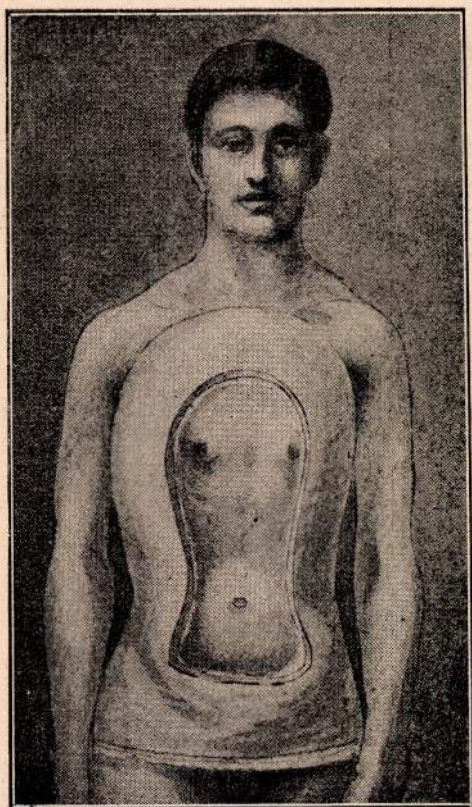
Sayre eljárásának lényege az, hogy a *Glisson*-féle függesztő készülék segélyével függőleges irányban felfüggesztett beteg gerincoszlopát mérsékeltén distrahálja és ezen helyzetben egy a törzset körkörös befogó gipszkötést alkalmaz, mely a distractiós állapotot mintegy rögzíti, sőt a gerincoszlop relatív kiegyenesítése folytán kis fokban a gibbust is redressálja.

Lássuk már most e kötések készítését az egyes gerincoszlopszakaszokon.

A dorsalis spondylitisekben a törzset körülfogó kötés feltevésekor a beteg a hármás rúd szegletébe vagy a falhoz erősített, zsinórral és csigasinnel igazítható *Glisson*-féle függesztőn függ. A beteg gerincoszlopát a zsinór meghúzásával mérsékeltén megfeszítjük, azaz distraháljuk. A legkisebb fájdalom beálltakor azonban a zsinór feszültségén engednünk kell. A gerincoszlop túlságos distractiójától egyáltalán őrizzük meg, mert súlyos következményekkel járhat. Jelszavunk tehát ez legyen: „A gerincoszlopot megfeszíteni, de nem felfüggesztetni.” A túlságos megfeszítést legkönnyebben úgy kerüljük el, hogy szüntelen ügyelünk arra, hogy a beteg talpai a kötés feltételekor egész felületükkel állandóan érintsék a padlót. Magának a kötésnek elkészítésekor első dolog a törzs gondos körülvattázása, mert ha ez nem tökéletes, akkor a beteg decubitusokat kap. Kivált ügyelnünk kell az esetleg jelenlévő gibbusra, mert ezen képződnek legkönnyebben a decubitusok.

E vattázás után a törzset 15—20 cm. széles, vízben kellőképpen beáztatott gipszpólyákkal vesszük körül, ügyelve arra, hogy a gipszpólyákat a kötés szélein sehol se vezessük a vattarétegen túl. A kötés a 42. sz. ábrán látható módon felül-elül a sternum felső széléig terjed fel, hátul pedig az V. hátcsigolyáig; alsó határa a törzset 2 ujjal a trochanter csúcsa felett körülfogó vonal. A kötés finom alabástromgipsz használata mellett 3—5 perczel feltevése után teljesen megszikkadt és kemény. Végül a kötés elülső részein, a belső szervek szabad működésének biztosítására, az ábrán látható módon nagy ablakot vágunk.

42. sz. ábra.



A Sayre-féle gipszkötés háti spondylitis esetén.

A magas háti, azaz az I.—VI. hátcsigolyára lokalizálódó spondylitisekben az épp leírt kötés nem rögzíti a kóros csigolyát, azért ezekben a vállakat is befoglaljuk a kötésbe. (Lásd a 43. sz. ábrát.) A kötés itt hátul a VII. nyakcsigolyáig ér fel, készítése egyébként ugyanúgy történik, mint az előbbi.

A nyaki csigolyafolyamatokban Sayre a kötés hátulsó felére alkalmazta a yourimastos függesztőkészüléket. (Lásd a 44. sz. ábrát.) Ez a beállítás és az általa elért rögzítés természetesen tökéletlen volt. Később Falkson a nyaki csigolyafolyamatok Sayre-kötéseit úgy módosította, hogy a gipszkötést a nyakra és a fejre is kiterjesztette, az állat és az occipitalis tájat használván fel támpontokul. Ily módon sikerült a nyakat teljesen fixálni, sőt bizonyos fokban tehermentesíteni is. A Falkson-féle kötést a következő módon tesszük fel: Először is a 45. sz. ábrán látható módon alkalmazzuk a Glisson-féle függesztőt. A felfüggesztésre a fejre erősített két vászonszalag szolgál, az egyik az állat foglalja be, a másik a tarkótájékat veszi körül; a két szalag közvetlenül a fülek felett biztosító tű segítségével van egymással egyesítve. A szalagok innen felfelé húzódnak és a Glisson-féle függesztő két végéhez vannak erősítve. Ezenkívül külön szalag halad a tarkótáji szalagrészlet közepétől a csigasín kapcsához, ez a fej túlságos hátradőlését van hivatva meggátolni. E szalagok feltevésekor arra kell ügyelni, hogy az álltartó szalag ne csúszszon a gégetájra, mert ez esetben a strangulatio folytán légzési zavarok állnak be. A helyes és

43. sz. ábra.



A vállakat is befoglaló gipszkötés magas háti spondylitis esetén.

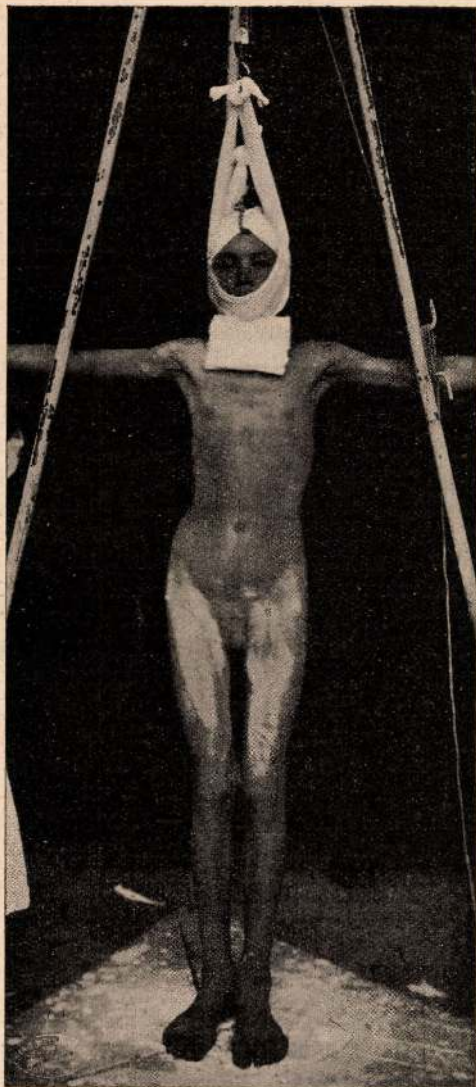
44. sz. ábra.



Sayre yourimatos gipszkötése nyaki csigolyafolyamat esetén.

helytelen beállítás közti különbséget a 46. sz. ábra tünteti fel. A beteg ily módon való felfüggesztése után következik a törzs, a nyak és fej körülvattázása. Itt különösen arra ügyelünk, hogy a kötés feltevése alatt vastag vattaréteg védje a gégetájat a strangulatio ellen. (A kötés elkészültével e helyen azután ügyis eltávolítjuk a gipszet.) Ezután az arc

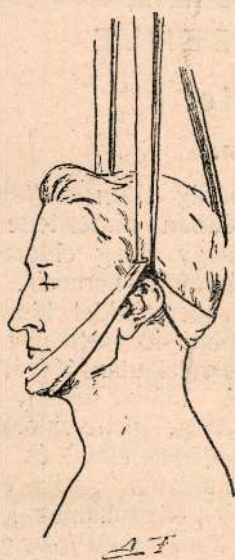
45. sz. ábra.



A Glisson-féle függesztő alkalmazása a Falkson-féle kötés feltevésekor.

46. sz. ábra.

A függesztő szalagok helyes alkalmazása. (Calot után.)

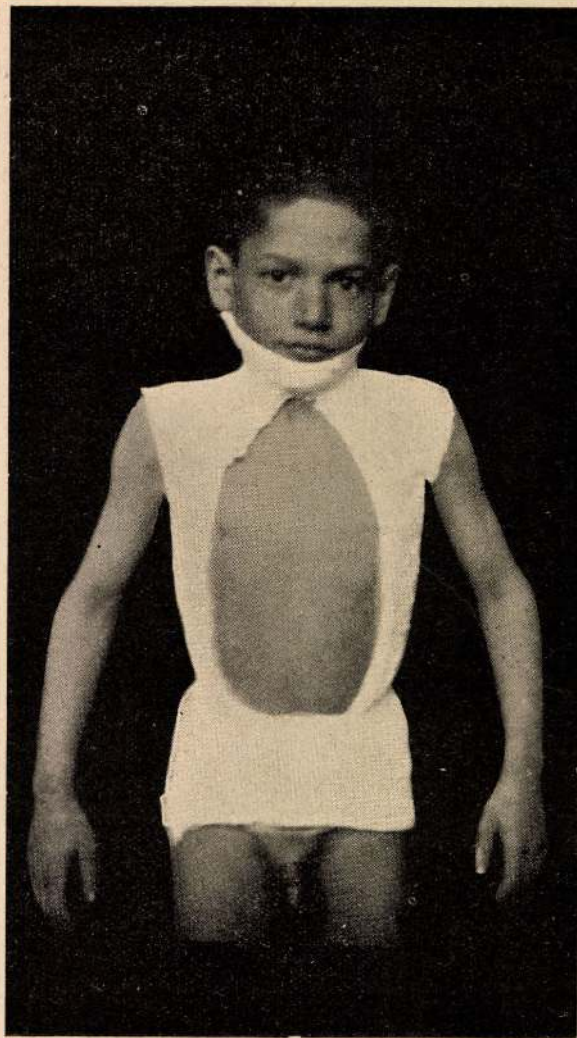


Helyes beállítás.



Helytelen beállítás. (Az álltartó-szalag a gégetájra csúszott és azt strangulálja.)

47. sz. ábra.

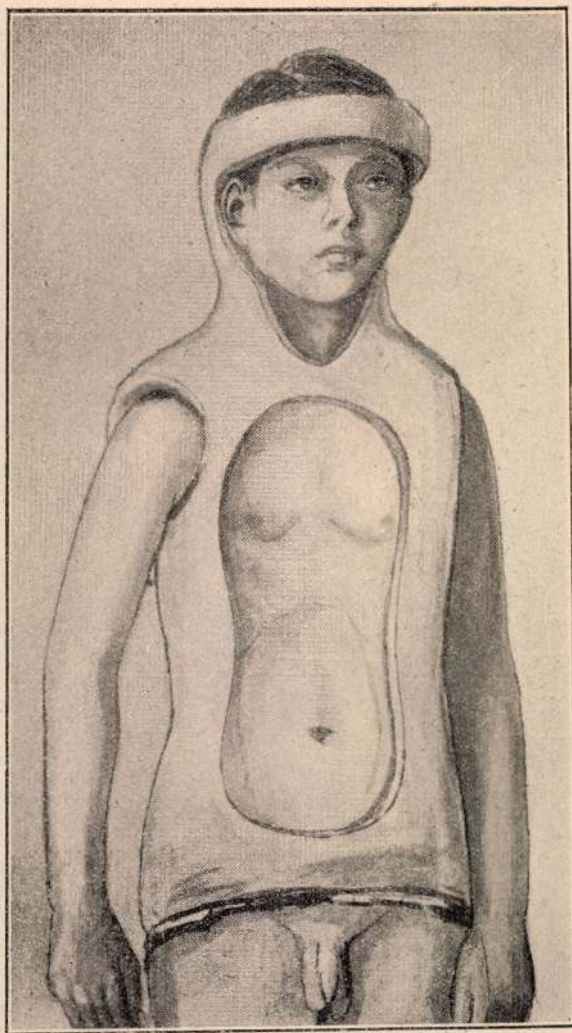


A nyakat rögzítő Falkson-féle kötés.

kihagyásával az egész fejet körülveszszük 10 cm. széles gipszpólyákkal; az állat ellenben szintén begipszeljük, mert ez fog egyik támpontul szolgálni. Ezután a nyak és a törzs begipszelése következik a leírt módon. A kötést alul itt is 2 ujjal a trochanter fölött határoljuk. A kötés megszikkadása után a kötést gipszkés segítségével a megfelelő módon kiigazítjuk, különösen ügyelve a fejrész óvatos kivágására. A homlokot és a koponyatetőt fedő gipszrészletet teljesen eltávolítjuk és a 47. sz. ábrán látható módon csak a tarkóját és az állat megtámasztó részt hagyjuk meg. A nyakon a könnyű lélekzetvétel biztosítására a gégeének megfelelő helyen ablakot vágunk. Nagy ablakot készítünk ezenkívül a törzs elülső részén is.

A Falkson-féle kötés tökéletesítése a Calot-féle mumia-kötés, melynek előnye, hogy a nyakat és a gégetáját teljesen szabadon hagyja és ezzel szemben a homlokot használja fel rögzítőpontul. (L. a 48. sz. ábrát.) E kötést egészen úgy készítjük, mint a Falkson-kötést, azon különbséggel, hogy itt a homlokot ívalakban befoglaljuk a kötésbe és az állat, valamint a nyak elülső részét teljesen szabadon hagyjuk. A Sayre-féle kötéseknek és módosításainak ma már nincs meg az nagy jelentőségük, mint annakelőtte, mert Dollinger Gyula észlelései kiderítették, hogy a tulajdonképpeni gyógytényező itt is, mint minden distractio eljárásnál, a gerincoszlop rögzítése, a distractio pedig teljesen alárendelt jelentőségű. Másrészt jelenleg sokkal tökéletesebb eszközökkel rögzítjük a gerincoszlopot, a gibbus redressmentje pedig energikusabban és mégis veszélytelenebbül történik. Ezenkívül a gipsz nagy súlya és a tisztántartás nehézsége nagy hátránya a fel-

48. sz. ábra.



A Calot-féle mumia-kötés.

sorolt kötéseknek. A szegénypraxisban mindazonáltal ma is használjuk ezen kötéseket, dacára annak, hogy jelenleg a modern készülékek is már oly olcsók, hogy a betegek inkább ezeket rendelik.

(Folytatása következik.)

Fournier.

1832—1915.

Az ágyúörgés és vérözön közepette, midőn az idegek feszülését egészen más értékek veszik igénybe, mint béke idején, midőn nemzetek és nagy kulturák jövő sorsa dül el három földrész csatáterein, mikor százezrével hull a nemzetek virága, ifjúsága, keveset érdekelhetne egy ezüsthajú csöndes öreg ember békés elmúlása, ha ez az öreg ember nem éppen *Alfred Fournier*, a syphilidologia érdemekben dús patriarchája volna.

Mint tudós szerencsés, hisz megadatott neki látnia, hogy a tudománynak az az ága, a syphilidologia, melynek nemcsak építője, hanem *mestere* volt, mint fejlődik tovább azokon az alapokon, melyeknek nem egyes tégláit, hanem hatalmas pilléreit ő maga rakta le. S öregsége boldog is lehetett, hisz bármily hosszú élettel ajándékozta meg a természet, nem érte utol az a szomorú sors sem, a mi sok jeles tudóstársa életének alkonyát keserítheti el, midőn az idő sodrában túléli könyveit, elavul tanítása s megérzi azt az időt, melyben neve, melyet megszokott ragyogónak látni és tudni, miként halványodik bele a megsemmisülésbe. De azt véljük, hogyha mint tudós és kutató szerencsés volt is

Fournier, élete végén mint francziát bizonyos melancholia fölthette el, midőn látta, hogy a tudománynak abban az ágában, melyet oly szeretettel és sikerrel művelt s melynek kifejlesztésében a XIX. században Franciaország tudósai vitték elől a pálmát — a nagy *Ricord* és tanítványai s az utóbbiak között, majd pedig élükön ő maga, mint *Ricord* méltó szellemi örököse —, mint ejti ki nemzete a vezéri pálczát s mint veszi fel azt a tudományban is szerencsésebb vetélytársa, a német, s mint kerekedik föléje a modernismus egy *Schaudinn*, egy *Wassermann*, egy *Neisser* fölfedezéseivel.

Egész könyvtárt tesz ki *Fournier* publicatióinak száma s e munkáiban a syphilis pathológiájának úgyszólván egész körét fel- és átdolgozta, kedvezvén ebben neki a sors is, midőn valóban páratlan anyagot juttatott neki. Az utolsó nagy empirikusok közül való volt, a ki nem a kísérleti irányt művelte, hanem csalahatatlan klinikai érzékével és szemével megfigyelt esetek ezrekre rúgó halmazából vonta le következtetéseit a legélesebb logikával, s ragyogó, könnyed stylussal tette közkinccsé észleléseit. *Fournier* irányozta a figyelmet első ízben a belső szervek luesének fontosságára, köztük különösen az idegváltozások gyakoriságára s ő hangsúlyozta először a tabes syphiliticus származását. Elégtétele lehetett, midőn congenialis tudóstársa, *Erb*, e theoria leghevesebb ellenzőiből vált legerősebb hívévé. Bámulatatos praecisitással dolgozta fel a világrahozott lues klinikáját s a syphilis terápiájának valóságos reformatora lett, mikor a koráig dívó symptomás kezelés helyébe az intermittáló gyógyításmódot bevezette, a lues gyógyításának saroktételévé emelve azt az elvet, hogy ne csupán a betegség *tüneteit* gyógyítsuk, hanem magát a betegséget. És ha a haladás útján változott is ez a *Fournier*-féle intermittáló kezelés — *Fournier* akkoriban a kényszerű belső adagolásának volt hirdetője —: maga az elv mégis megmaradt.

A természettudományok fejlődésének alig kikerülhető következménye, hogy az értékelések aránylag gyors változásnak vannak alávetve és sok munka, a mit a kortársak mint örökvényűt ünnepelnek, ephemernek bizonyul. *Fournier* életének műve nem ilyen. A tanok, melyeket hirdetett, módosulhatnak s az idők folyamán módosulni is fognak, de a magvetőnek nemcsak emlékezete fog fennmaradni, hanem tételei közül is sok *irányt szabóan* él és még sokáig élni fog utána, hisz ha nem lett volna mag, nem volna aratás.

Nemzeteink ma ellenségekként állanak egymással szemben a harczmezőn, de ez nem ok arra, hogy az *igazán nagyot* meg ne becsüljük az ellenség soraiból is. *Fournier*, a lelkes franczia patriota tudását az egész világ javára fordította s nemzetével osztozkodunk a reája való kegyeletos emlékezésben.

Poór Ferencz.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Tetanus 46 esetét kezelte eddig *Wienert* (Münster). Közülök a 6 elsőt a régi kezelésmódban részesítette (antitoxin a bőr alá és intraduralisan, nagy adag chloralhydrat és morphium, esetleg több órás chloroform-narcosis, a seb alapos megtisztogatása és hydrogensuperoxyddal kiöblítése); ezek mind halállal végződtek. A többi 40 esetben a következő eljárást használta: rögtön a felvétel után 100 immunitás-egységnyi antitoxin a bőr alá, utána néhány órával 40—42° C. hőmérsékű fürdő 25 perczig, éjjelre chloralhydrat a végbélen át (16:250 oldatból két evőkanálnyi) és 2 centigramm morphium a bőr alá, a seb megtisztogatása és öblítése hydrogensuperoxyddal; erősebb görcsrohamok jelentkezésekor magnesiumsulfat-oldat a bőr alá (a 40%-os oldatból 10 cm³), továbbá naponként reggel forró fürdő. Ebből a 40 esetből csak 16 végződött halálosan, 24 meggyógyult. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 4. szám.)

A pneumococcus okozta torokgyuladásról ír *Leschke* a berlini II. belklinikáról. Klinice jellemzi az idetartozó eseteket a rendkívüli makacsság és az általános állapotnak tetemes, influenzaszerű zavartsága, még ha nagyon csekély is a helybeli lelet. A megbetegedésnek három főalakja van: 1. a follicularis angina tonsillaris csapokkal vagy szürkés-sárga, illetve szürkés-zöldes lepedékkel, 2. a pneumococcus-influenza és 3. a sepsis-szerű pneumococcus-angina. A mi a gyógyítást illeti, a szerző ajánlja az aethylhydrocuprein (optochin) használatát 40—50 centigrammos adagban 3-szor naponként ostyában. E szer hatása specifikus, a pneumococcus ellen irányuló. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1914, 52. sz.)

Sebészet.

A másodfokú égések után és más okból eredő oly felhámhiányok eseteiben, a hol fertőződés nem történt, kiváló eredménnyel használta *Lossen* a *tannoformot*. A tannoform a megnyitott égés-hólyagok helyére, továbbá a nedvező, felhámolt fosztott bőrterületekre — alkohollal, aetherrel vagy konyhasóoldattal való előzetes lemosás után — reáhintve pörkképződést idéz elő s a pörk alatt pár nap múlva friss felhám képződik. Ez az eljárás ama betegeket, a kik a véletlenül vagy túlbuzgóságból kelletlenül magasabbra hevített meleg levegővel megégetik magukat, sok fájdalomtól fogja megszabadítani. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 9. sz.) M.

Súlyos tetanus négy gyógyult esetéről számol be *Jesione* tanár. A tetanus legelső tüneteinek jelentkezésétől kezdve — az antitoxinnal való beoltáson kívül — a sérülést és annak környékét rendszeresen ibolyántúli sugarak hatásának tette ki mindaddig, a míg a tetanusos görcsrohamok megszűntek. A besugároztatás hasonló volt a lupus eseteiben szokásos eljáráshoz, csak hogy a fényforrásnak a sebtől való távolsága, a besugároztatás tartama s annak megismétlése a seb minőségétől függött. A szerző főcélja az volt, hogy a sérülést, a mily gyorsan csak lehetséges, gyulladásos savóval itassa át. Sarjadzó sebeken a kék fényt használta; már begyógyult sebeken a heget és ennek környékét sugározta be. Megjegyzi a szerző, hogy e kevés számú esetet korántsem tartja elegendőnek arra, hogy eljárását biztosnak minősítse; csak utal arra, hogy ezen egyszerű, veszélytelen s a betegre nézve semminemű kellemetlenséggel sem járó kezelés — melynek különben a sebek gyógyulására nézve is több irányban igen kedvező a hatása — a tetanus prophylaxisában és therapiájában nagy reményekre jogosít. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 9. sz.) M.

Gyermekorvostan.

Az erythema nodosum és a tuberculosis közötti összefüggésről ír *Foerster* a „The Journal of the American Medical Association” 1914. évi októberi számában. Már több német és francia orvos hangsúlyozta a tuberculosis és erythema nodosum rokonságát. Némelyek állítják, mások tagadják. *Pollak* 48 erythema nodosum-esetében 2—13 éves gyermekeken a Pirquet-reactio positiv volt, úgy hogy ő tuberculosis dermatosisnak tartja. Viszont *Moro* 30 esetében a reactio negativ volt. *Brian* 10 esetéből következtetve, nem tekinti egyedül oknak a tuberculosis. *Hildebrandt* egy asszonyon észlelt erythema nodosumot, kinek gyermekkorában tuberculosis volt, vére nyulakba oltva tuberculosis okozott. Szerinte az esetek egy részében az erythema nodosum tuberculosis alapú. *Landouzy* szerint az erythema nodosum a tuberculosis-bacillus által okozott septicaemia s sikerült is neki a tuberculosis-bacillust az erythema nodosumban egyedül kimutatni; az ebből oltott nyúl tuberculosisot kapott. *Aubert* 4 betege rövidesen tüdő- és mediastinalis tuberculosisban betegedett meg. *Sezary* szerint a meningitis tuberculosa gyakori következménye az erythema nodosumnak. *Kuhn* 22 betege közül 8-nak volt tuberculosis. Kettőn 3—6 hó múlva meningitis, illetve pleuritis fejlődött, de ő ezt vé-

letlennek tartja. *Dunlop*-nak szintén egy esete 14 nap múlva meningitis tuberculosisot kapott. *Abt*-nak hasonló esete volt; szerinte az erythema nodosum előkészítő momentum a tuberculosisra. *Meara* és *Goodridge* hasonló esete 25 éves asszonyra vonatkozik, a ki közvetlen az erythema nodosum után fulminans meningitist, pleuritist kapott. Ezen esetekből következteti a szerző, hogy az erythema nodosum rokonsága a tuberculosisal feltételezhető. Ha az erythema nodosumot specifikus mikroorganizmusoktól eredőnek vesszük, akkor, úgy mint a kanyaró és pertussis, előkészítő gyanánt szerepelhet a tuberculosisban. De ez még nincs bebizonyítva, bár egy esetben találtak a góczban tuberculosis-bacillust. Ez esetben az erythema nodosum a tuberculosis egyik symptomája volna, mint a mirigylaesio a syphilisben, vörhenyben, stb. Mindenesetre az erythema nodosum előfordulása fiatal egyénen, ha az anamnesisben tuberculosis szerepel, talán előjele egy latens vagy nem sejtett tuberculosis-gócz acuttá válásának.

Winter Mária dr.

Húgyszervi betegségek.

A húgyhólyagnak különös lövéses sérülését közli *A. Kappis*. Egy francia katona a bal karján és a bal lábikráján ért löveggel került a kórházba. Bár a sebek szépen tisztultak s gyógyultak, a beteg továbbra is állandóan erősen lázas volt. Nemsokára a hólyagtájékon daganatszerű fájdalmas megnagyobbodást, tályogot lehetett kitapintani. Egy seb a keresztcsont bal oldalán, mely felületes bőrsérüléshez hasonlított, sokáig figyelmen kívül maradt. A tizedik napon spontán mictio közepette a vizeletsugár hirtelen megakadt és egy kemény tárgy a húgycsőben előrecsúszott a makkig; a német lövedéket a beteg önmaga húzta ki az orif. extern.-ból. A 3 héttel később végzett műtét alkalmával a hólyag mellett egy urinás tályogot találtak, melyet extraperitoneumosan megnyitottak s lege artis kezelték. A vizelelkor ezentúl sem voltak a betegnek kellemetlenségei; idővel a hólyaghurut is teljesen megszűnt.

Ebben az esetben tehát a gépfegyverlövedék a keresztcsonton át a kismedenczébe s innét a hólyagba hatolt; itt a lövedék mozgásos ereje megszűnt s így a nélkül, hogy a betegnek bármilyen kellemetlenséget okozott volna, nyugodtan fekve maradt a hólyagban. A spontán vizezés közben a vizeletsugár egynéhányszor hirtelen megakadt s végül a lövedék a húgycsőben át spontán kiürült. Azután lassacskán egyeltokolt urinás tályog képződött. A betegség lefolyásából tehát biztosan meg lehetett állapítani, hogy a puska lövés a húgyhólyagot extraperitoneumosan hátul balul érte; a hólyag a lövés alkalmával feltétlenül üres volt, mert különben a lövés egészen más hatást ért volna el. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 5. sz.) Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az oxychinolin-származékok befolyásáról a purin-anyagcserére ír *Brugsch* és *Wolffenstein*. Vizsgálataik alapján arra az eredményre jutottak, hogy az orthooxichinolin-salicylsavester nagyon értékes köszvényellenes szer, a mely — ellentétben az atophannal — a szervezetben meggátolja a húgysavképződést. Adagja 3—4 gramm naponként, 0.5—1.0 grammos részletekben; körülbelül egy héten át adandó. Kiemelendő, hogy a szernek kifejezett fájdalomcsillapító hatása is van, a mely miatt nem csupán ízületi csúsz, destruáló ízületi folyamatok és neuralgiás zavarok eseteiben tesz jó szolgálatot, hanem lancináló fájdalmak, továbbá sebzések okozta fájdalommasság esetén is. (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 7. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 12. szám. *Balassa László*: Ólommérgezésnél előforduló epilepsziás rohamok. *Szegő Kálmán*: Betegeink a tengerparton.

Budapesti orvosi újság, 1915, 12. szám. *Goldberger Ede*: Szabad-e lágyfékély esetén prophylactikusan salvarsant használni?

Vegyes hírek.

Kitüntetés. Szontagh Miklós dr., Ujtátrafüred igazgató-főorvosa a német császártól a II. osztályu vaskeresztet kapta.

Új magántanárok. Dienes Lajos (közegészségtan), Epstein László (elmekórtan), Dollinger Béla (orthopaedia), Rejtő Sándor (fülészet) és Lobmayer Géza (sebészet) dr.-oknak a budapesti egyetem orvosi karán magántanárként történt kinevezését a vallás- és közoktatásügyi miniszter megerősítette.

Választás. Müller Frigyes dr.-t Hatvan község orvosává választották.

A visszatérő láz (febris recurrens) elleni védekezés tárgyában a belügyminiszter a következő rendeletet bocsátotta ki: A hadszíntérről hazatérő katonák, úgyszintén hadifoglyok között utóbbi időben visszatérő láz (febris recurrens) esetei fordultak elő. Szükségesnek tartom, hogy e betegségre az összes hatósági orvosok, kórházvezetőségek, valamint a kórisme céljából bakteriologiai vizsgálatok végzésére hivatott intézetek figyelme felhívassék, mert a jelenlegi viszonyok között, a mikor gyakran ugyanazon helyen és ugyanazon időben kiütéses typhus és visszatérő láz, továbbá hastyphus- és vérhas-esetek, néhol pedig ezek vegyes fertőzési alakjai is előfordulnak, különös súlyt kell helyezni a kórisme helyes megállapítására. A visszatérő láz (febris recurrens) okozója (spirochaete Obermeieri) régen ismeretes és a lázas beteg vérében könnyen kimutatható. A betegség, kifejezett esetekben, a láz jellemző menete alapján is megállapítható. Több napig tartó lázas időszakok lázmentességgel váltakoznak. Az első időszakban rázóhideg, gyors hőemelkedés, erős izomfájdalom (különösen a lábikrákban), a lép és máj megnagyobbodása jelentkezik; azután bő izzadással a test hőmérséké gyorsan leesik és a lázmentes időszakban a beteg egészségesnek érzi magát. Súlyosabb tünetekkel (izgatottság, elesettség, erős láz, kifejezett sárgaság, kínzó fájdalmak a végtagokban, vérömlések, eszméletlenség) mutatkozik a visszatérő láz septikus alakja, az ún. n. epés typhus. A visszatérő láz ezen súlyosabb alakjában sokkal nagyobb a halálozás (50–70%), mint a betegség előbbi vázolt enyhébb alakjában (2–5%). A visszatérő láz rendszeren 5–8 napig lappang, azonban némely esetben a lappangási időszak 5 napon alul marad avagy 8 napon túl terjed (2–12 nap). A betegség néha egyetlen lázrohamra szorítkozik, de rendszeren 3–4, ritkán öt lázroham észlelhető. A lázmentes időszakok ez alatt mind hosszabb tartamúak, a lázas időszakok pedig rövidebbek lesznek. A kórisme megbízhatóan a kedvező időpontban vett vérpróba vizsgálata alapján állapítható meg s ez okból gondosan kell megfigyelni a könnyű betegedési eseteket, úgyszintén azokat, a melyekben a lázmentes időszakokban is mutatkozik némi hőemelkedés. A vérpróba vételekor és a mikroszkopi készítménnyel való bűnaskor elővigyázatosnak kell lenni, mert a gyakran tapasztalt laboratóriumi fertőzésekből arra lehet következtetni, hogy a betegség csírája esetleg ép bőrön át is a testbe juthat. A betegséget — úgy látszik — leggyakrabban rovarok, különösen tetvek viszik át egyik emberről a másikra. A visszatérő láz gyógyítására a salvarsant, illetőleg a neosalvarsant mint különösen hatékony gyógyszer ajánlják. Fenti tájékoztatást azzal a felhívással küldöm meg Czimnek, hogy azt a törvényhatósága területén levő összes hatósági és magánorvosokkal, az összes polgári és katonai gyógyintézetek, ápoló- és üdülőintézmények vezetőségeivel haladéktalanul közölje azzal, hogy a szóbanforgó betegség ellen való védekezésnél, úgy a mint azt a kiütéses typhus ellen való védekezésre vonatkozólag 203.700/1914. sz. alatt kiadott körrendelettel közöltem, a házi rovarok, különösen a tetvek távoltartására, illetőleg kiirtására különös gondot kell fordítani. Együttal elrendelem, hogy a visszatérő láz (febris recurrens) az 1876: XIV. t.-cz. 80. §-a alapján, a 91.954/1894. B. M. számú körrendeletben körülírt módozatok szerint bejelentessék.

Meghalt. M. Bernhardt, az ideggyógyászat rendkívüli tanára a berlini egyetemen, 71 éves korában. — H. Hammerl, a higiénie rendkívüli tanára Grácban, 49 éves korában himlőben.

Fertőtlenítő vonatot létesített hadvezetőségünk az osztrák vasúti ministeriumban kidolgozott tervek alapján. A vonat tökéletes fürdőberendezésből s a ruházat fertőtlenítésére szolgáló kocsikból áll. 10 óra alatt 1200 ember fürdhet meg benne, miközben ruházatuk ki-gőzölhető. További három ilyen vonat készülében van.

A párisi tudományos akadémia Baeyer (München), Waldeyer (Berlin), Klein (Göttingen) és E. Fischer (Berlin) tanárokat törülte tagjai sorából.

Személyi hírek külföldről. A frankfurti egyetemre költözött Ludloff tanár helyébe a boroszlói sebklinika orthopaediai osztályának vezetését L. Dreyer magántanár bízta. — A königsbergi egyetemen üresedésben levő gyógyszer-tanszékre A. Ellinger freiburgi rendk. tanárt hívták meg, a ki a meghívást elfogadta. — Reich dr. tübingeni magántanár (sebészet) rendk. tanári címet kapott. — Oppel dr. hallei magántanár (fejldéstan) tanári címet nyert. — Röntgen tanár, a müncheni egyetem híres physikusa, márczius 27.-én töltötte be 70. élet-évet. Ez alkalomra nemzetközi ünneplést terveztek, mely azonban a háború miatt elmaradt.

Hírek külföldről. Metzben nagy központi orthopaediai hadi-kórházat szerveztek; az élén Kölliker tanár, az ismert lipcsei sebész áll. A kórháznak külön műhelye és személyzete van a művégtagok, prothesisek stb. készítésére. — Kaup tanár a Münchener Mediz. Wochenschrift márczius 16-i számában az osztrák-magyar hadseregben végzett choleraellenes védőoltások eredményeit ismertette, azok kitűnő hatását állapítja meg. A nem oltottak közül 25–50-szer annyian betegedtek

meg choleraában, mint a beoltottak közül. Helyenként sikerült a rendszeresen fogatosított oltásokkal a már kitört járványt azonnal elfojtani. S e mellett az oltás oly kevés kényelmetlenséggel jár, hogy a legfárasztóbb hadműveletek közt is könnyű szerrel végrehajtható.

A Calicot-pólya legjobb és legolcsóbb pótléka a **Piette-féle papírpólya**, melyet már mindenütt használnak. A háború alatt ugyanis rájöttek, hogy az eddig használt drága költőszerek helyett papíryanagból való kötők is jó eredménnyel alkalmazhatók. A Piette-féle papírpólyát az ismert osztrák Piette-féle papírgyár állítja elő, egyedüli árusítója pedig: Adolf Reiss, X., Davidg. 89.

Lapunk mai számához a Wilh. Natterer czég „A diabetes kezeléséről diabeteserinnel” című különnyomata van mellékelve.

Megjelent:

Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtára.

25. évfolyam 1915.

Szerkeszti: Pesti Alfréd.

Bolti ára K 7.—

„PETŐFI” Irodalmi vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

(A helybeli szétküldés folyamatban van, a vidéki már befejeztetett.)

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

Budapesti medicomechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia forrólégkészlőek, frigoritherapia, fürdők. Kosmetikai eljárások és műtétek.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01. Sebészeti osztály vezetője: Dapsy Viktor, v. egyet. tanársegéd. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Dolcsko János, főorvos. Nőgyógyászati osztály vezetője: Dr. Schmidtecher Károly, egyet. magántanár.

Dr. Grünwald sanatoria Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium. Ujonnan átalakítva. Prospectus.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratórium. Fekvő- és hiszáló-kurák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

1010 méter magasan a tenger felszíne fellett.

DR. GÁMÁN BÉLA diétás-gyógyintézete VOLOSCA-ABBZIA.

RÖNTGEN-REINIGER és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R-T.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhoz. **„LÁPSÓ”** száraz kivonat ládákban a 1 kiló **LÁPLUG** folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (II. rendes tudományos ülés 1915 február hó 13.-án). 177. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (I., II., III., IV. és V. szakülés január 30.-án, február 13.-án, 20.-án, 27.-én és március 6.-án) 178. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(II. rendes tudományos ülés 1915 február 13.-án.)

Elnök: Liebermann Leó.

Jegyző: Dollinger Béla.

Egészségügyi tapasztalatok Perzsiában.

Feistmantel Károly: Perzsiában a következő feladatok megoldásában kellett közreműködni: 1. Egészségügyi értesítő-szolgálat szervezése. 2. Egészségügyi védőállomások szervezése a határon. 3. Kórházak, gyógyszerterek szervezése az ország belsejében.

Ezután a járványok és fertőző betegségek körül Perzsiában szerzett tapasztalatairól referál, majd hazautazását Bagdadon, Mesopotamián, Syrián és Konstantinápolyon át vázolja.

A typhus abdominalis specifikus prophylaxisa és terapiája.

Feistmantel Károly: Az utóbbi időben két eljárást ismertettek, a melylyel a typhus abdominalist orvosolják. Mindkettő sensibilizált oltóanyagot használ. Az egyiket *Ichikawa*, a másikat *Besredka* ajánlotta. A szülő a *Besredka* eljárását próbálta ki a következő okokból:

1. *Besredka* állati serummal sensibilizál, a mi laboratóriumban könnyen kivihető, *Ichikawa* pedig reconvalescensek serumával, a mely nem áll mindig rendelkezésre.

2. *Ichikawa* intravenásan fecskendez be, *Besredka* bőr alá. Az utóbbi eljárást minden gyakorlóorvos könnyebben elvégezheti.

3. Már előbb azt tapasztalta, hogy a typhusbetegektől származó typhusoltó-anyag subcutan alkalmazása, ellentétben némely más prophylaxisos oltással, reactio nélkül folyik le. Tehát várható volt, hogy a vaccinának intravenás úton a vérkeringésbe való jutása által nyújtott előny elérhető lesz, ha nagyobb adagokat successive juttatunk a bőr alá.

Minthogy az eddigi irodalomban csak a *Besredka*-féle oltóanyag előállítása módjáról, de nem alkalmazása módjáról van szó, kísérletei arra irányultak, hogy a hatásos adagot kitudja. Megkezdte az injectiókat, mihelyt a bakteriologiai vizsgálat, a Vidal-reactio vagy a vérből való kitenyésztés a diagnosist megerősítette. A befecskendés négy egymást követő napon történt, és pedig:

az 1. napon befecskendeztek	1-szeres dosist
a 2. " " "	2-szeres "
a 3. " " "	3-szoros "
a 4. " " "	4-szeres "

70 esetben gyengébb adagokkal végzett előzetes kísérletek után befecskendezett:

az 1. napon	1/2 kacsnyi
a 2. " " "	1 "
a 3. " " "	1 1/2 "
a 4. " " "	2 " sensibilizált

bacteriumanyagot. Minden beteg egészben öt kacsnyi sensibilizált bacteriumanyagot kapott. Ezen erős adaggal összesen 52 beteget kezelték, ezek közül 26 esetben, azaz 50%-ban részben krízises, részben gyors lysises láztalanodás következett be. Recidiva az esetek 1/4-ében következett be.

Összefoglalás:

1. Az előadó által megkísérelt 1/2 kacsnyi, gyengén virulens typhustörzsekből származó, 1 cm³-ben adott oltóanyag a vázolt adagolásmód mellett a typhus tartamát 1 1/2—2 hétre tudja leszállítani.

2. A reconvalescenciában néha beálló újabb hőemelkedés a 4. befecskendés alkalmával adott dosisra gyorsan leesik.

3. Az általa kipróbált eljárás ugyan nem abortív eljárás, mint az *Ichikawa*-é, de a gyakorlóorvos könnyebben végrehajthatja.

4. Kezelésre legalkalmasabbak az első hét végén vagy a második hét elején levő esetek.

5. Az általa kipróbált oltóanyag az előállítása után lehetőleg gyorsabban alkalmaztassék, mert hatásossága ritkán tart tovább két hétnél.

A kiütéses typhus körül szerzett néhány megfigyelés.

Feistmantel Károly: Tapasztalatai szerint nincs kizárva, hogy a kiütéses typhus prodromalis szakában észlelhető megbetegedési a felső légutaknak nagyobb figyelmet érdemelnek. Nevezetesen a torokgyulladás és hörgőhurut gyanus és elkülönítendő, a köpet pedig szorgosan fertőtleníteni.

A typhus abdominalis gyógyítása a Besredka-féle vaccinával.

Szécsy Jenő: A XVI. helyőrségi kórház fertőző osztályán 122 typhus abdominalis-esetben próbálta ki a *Besredka*-féle vaccinát.

E vaccina készítménye ismeretes volt ugyan előttük, de nem az erőssége, az az erősség, melylyel *Besredka* az ő typhus-eseteiben javulást tudott elérni. Kénytelen volt tehát különféle erősségű *Besredka*-féle módon készült vaccinával sorozatos kísérleteket végezni, kezdve a gyengébb, folytatva a közép- és befejezve egy harmadik csoportban oly erősségű *Besredka*-féle vaccinaoltással, melynél megállott azért, mert vele a typhus abdominalis gyógyulásiidejét, a complicatiók számának, a halálozás százalékanak tetemes redukálását, az utoljára befecskendezett vaccinamennyiségnek egyszeri megismétlésével az esetleges recidivák gyors gyógyulását illetőleg a legjobb eredményeket érte el.

A 122 eset közül 12 esetet oltott olyan *Besredka*-féle vaccinával, a melynek 1 cm³-ében 1/10 platinkacsnyi typhusbacillus volt és a mely vaccinából 4 nap egymásután 1 cm³-enként emelkedő dosist, tehát az első napon 1 cm³-t, a második napon 2 cm³-t, a harmadikon 3 cm³-t és a negyedikén 4 cm³-t adott összesen egy platinkacsnyi typhusbacillus összmenyiségben subcutan a beteg hasfal-bőre alá. Az ezen erősségű vaccinával oltott betegeken azt tapasztalta, hogy minden helyi reactio nélkül az oltás alatti subjectív és objectív jó közérzés mellett a láz a II. hét végén, esetleg a III. héten lysisel esett le és így a betegség időtartama 2 1/2—3 hétre volt redukálható.

58 typhus abdominalis-esetet oltott oly *Besredka*-féle vaccinával, melynek 1 cm³-ében 1/2 platinkacsnyi typhusbacillus volt és a mely vaccinából azután az első napon 1/2, a második napon 1, a harmadikon 1 1/2 és a negyedikén 2, összesen tehát 5 cm³-t adott 2 1/2 platinkacsnyi typhusbacillus-összmenyiségben subcutan a beteg hasfal-bőre alá. E betegeken bár a vaccinatio a betegség különböző időszakaiban történt, azt tapasztalta, hogy helyi reactio nélkül, a beteg subjectív és objectív jóérzése mellett, az oltás ideje alatt a hőmérsék feltűnő reggeli remissiójának kíséretében az esetek kisebb százalékában krízissel, nagyobb százalékában 2—6 napig tartó lysisel a betegek láztalanok lettek, a betegség időtartama 1 1/2—2 hétre redukálódott, a halálozási arányszám a nem vaccinatherapiával kezelt esetei 22%-nyi mortalitási arányszámával szemben 11%-ra esett le. A meghaltak boncolásakor a megbetegedés 2 1/2—3. hetében gyógyuló vagy már gyógyult typhusos bélbeli folyamatot találtak a jejunum alsó részében; az ily módon kezelt eseteknek 2/3-a azonban, különösen azok, melyekben krízissel esett le a láz, recidivált.

52 esetet oltott oly *Besredka*-féle vaccinával, a melynek 1 cm³-ében a typhusbacillusok mennyisége ugyanannyi volt, mint a megelőzőében, tehát 1/2 platinkacsnyi, melyből azonban nagyobb dosist fecskendezett be, és pedig az első napon 1, a másodikon 2, a harmadikon 3 és a negyedikén 4, összesen tehát 10 cm³-t 5 platinkacsnyi typhusbacillus-összmenyiségben, ugyancsak subcutan a betegnek hasfal-bőre alá.

Ezen esetekből 16 eset jelenleg is megfigyelésük alatt áll; 10 esetben, dacára a jelenvolt másodlagos betegségeknek (lőtt seb, fagyás), néhány napig tartó lisszel gyógyulás állott be, a hátralévő 26 esetben, tehát az összes esetek 50%-ában, complicatio nem jelentkezett, ezen esetek 80%-a krizissel, 20%-a 1—2 napi lisszel gyógyult; az eseteknek csak $\frac{1}{4}$ -része recidivált és ezen recidivák is kiküszöbölhetők voltak akkor, ha a betegnek az utoljára adott vaccina-mennyiséget: 4 cm³-t még egyszer adták, mire a láz legtöbbször krizissel, néha 1—2 napig tartó lisszel esett le; a halálozás arányszáma 2%-ra redukálódott. Az utoljára alkalmazott dosisnak megismétlésével a recidivák oly prompte gyógyultak, hogy e körülményt a recidivák klinikai képe mellett diagnostikai segédeszközzül is felhasználták.

Összefoglalás: Oly *Besredka*-féle vaccinával, melynek 1 cm³-ében $\frac{1}{2}$ platinkacsnyi typhusbacillus van és melyből cm³-enként 4 nap egymás után napi 1—4 cm³-ig emelkedő dosist fecskendeznek be subcutan és e vaccina 10—12 napnál nem idősebb:

1. a typhus abdominalis gyógyulásának ideje a kezelés kezdetétől számított 4—6 napra redukálódott, beleszámítva ebbe a 4 napi várési időt is, és mindez a nélkül, hogy a befecskendezés ideje alatt vagy után a befecskendezés helyén vagy a beteg szervezete részéről akár subjective, akár objective tapasztalható bármiféle kellemetlenség mutatkozott volna;

2. a vaccinatio után az esetek bizonyos százalékában mutatózó recidivajellegű hőemelkedések a vaccinatio alkalmával utoljára adott dosisnak, azaz 4 cm³-nek megismételt bőr alá befecskendezésével krizissel, néha rövid, 1—2 napig tartó lisszel végleg megszüntethetők voltak;

3. a recidivák száma tetemesen csökkent, egy sorozatban a gyógykezelték $\frac{1}{4}$ -ére redukáltatott;

4. a fentemlített erősségű és mennyiségű *Besredka*-vaccinával kezelt betegeken a reconvalescencia bármely szakában beálló és klinice kezdetben a typhusrecidivához hasonló lázas megbetegedésekben az utoljára adott vaccina mennyiségének ismételt befecskendezése diagnostikai értékkel is bír;

5. a fentemlített módon és erősségekben alkalmazott *Besredka*-vaccinatio a halálozás arányszámát lényegesen csökkent, így eseteinkben 2%-ra redukálta;

6. a fentemlített *Besredka*-vaccinatio alkalmazásmódja oly egyszerű, hogy a klinikák és a kórházak falain kívül is könnyen keresztülvihető a betegnek és környezetének különösebb megterhelése, valamint a beteg testi erejének minden nagyobb igénybevétele nélkül;

Elnök: *Korányi Sándor* javaslatot tett, hogy küldessék ki bizottság a typhusoltások eredményeinek tanulmányozására. Az igazgatótanács elfogadta az indítványt és kérdőíveket küldött szét, melyek az *Ichikawa* szerére vonatkoznak. Céljüknak tartja, hogy a *Besredka*-féle vaccina hatása is tanulmányoztassék, mert előnye az, hogy állatból származik és egyéb fertőzőbetegség átvitele ki van zárva. De a subcutan alkalmazása is nagy előny.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(I. szakülés 1915 január hó 30.-án.)

Lukács Hugó: A háborús psyche.

Hozzászól: *Lechner Károly.*

(II. szakülés 1915 február 13.-án.)

Elnök: *Tompa János.*

Jegyző: *Konrádi Dániel.*

1. *Kenyeres Balázs:* „Öngyilkosságnak különös esete és egyebek” címen tart bemutató előadást.

1. Mintegy 2 héttel ezelőtt Kolozsvár város területének egy részén a világítóáram-szolgáltatás hirtelen megszűnt. A Ganz-gyár intézősége a zavart rövidesen megszüntette, egyben kiküldte embereit a zavar okának felkutatása céljából, ezek azonban eredménytelenül jártak. Másnap reggel fedezték

fel a zavar okát az országúton járó emberek, a kik a villamos áram fővezetéke alatt, bozóttal benőtt helyen, fiatal ember holttestét találták meg: az elhalt jobb kezére sodrony volt rácsavarva, a mely szabad végére erősített kódarab segélyével a fővezető sodronyra volt feldobva. Csodálatos módon a holttest megtalálói nem nyúltak hozzá, hanem értesítették a rendőrséget. Ez a helyszínen kiszállott s a holttestet oly módon szabadította meg veszélyes összeköttetéséből, hogy a sodronyt fahasábbal alátámasztva, fejsze segélyével átvágta. Az öngyilkosság kétségtelen volt, az elhalt kellő szakértelemmel és gondossággal készült elő arra. Meztelen testén a ruha alatt egy sodrony volt körülcavarva, a melynek egyik vége a cipő fűzése helyén, a másik a kabát-nak egyik ujján volt kibujtatva. Az előbbi vég a fűzés helyén a harisnya felett a lábháton volt végigvezetve, keresztül-bujtatva a harisnya csúcsán, innen végighaladt a talp mentén és sarkát kengyelszerűen övezve, felhaladt többszörös csavarodással a lábszárra, czombra, majd a törzsre, mellkasra, nyakra, a bal felkarra, alkarra és kézre, a melyről azután folytatódott a fővezetőre reádobott darabba.

A holttest két végpontján, a nyakszirten és a sarkakon nagyfokú szenesedés mutatkozott, a mely a keletkezés módjára nézve nem volt jellegzetes. Jellegzetes változások mutatkoztak azonban a sodronnyal való érintkezés helyén, sorokba rendeződött köles, egész lencse nagyságú, többnyire szabályosan kerek szürkés-barnás foltok képében, a melyek nagy részének közepén mákszem nagyságú, sötétebb szélű, csillag-alakú hámrepedés tűnt fel. Mindezek a foltok nyilvánvalóan villamos szikrák átugrása következtében keletkeztek.

Egészen hasonló elváltozások mutatkoztak egy pár hónappal ezelőtt szintén villamos áram hatása következtében elhalt leánygyermek holttestén; a szerencsétlenség ebben az esetben oly módon történt, hogy ház lebontása alkalmával leszedett telefondrót jutott érintkezésbe a világító áram vezetőivel s a gyerek játszás közben a leszedett dróttekeresbe került.

Egy harmadik esetben a szerencsétlenség úgy történt, hogy az elhalt férfi fogadásból markolta meg az áramvezető sodronyokat. Mint a villamos áram hatására jellegző változások, ebben az esetben az egyik karon rozettaszerű, stearinfényű, porczkemény foltok mutatkoztak.

Egy negyedik esetben csak a végtagoknak pehelyszőreinek mutatkozott itt-ott perzselődés. A szerencsétlenség ebben az esetben úgy történt, hogy a téglagyárba szállított lokomobil kéményének vége jutott érintkezésbe a főáramvezetővel s az áram a kémény falának közvetítésével jutott az elhalt testébe, a ki a kémény másik végét emelte.

Egy további esetben a hirtelen halál címen épülőfélben levő házról beszállított 17 éves fiú holttestének kezein mutatkoztak villamosáram hatására gyanús változások: a belső részek vizsgálása a kéthegyű billentyűnek eléggé nagyfokú elégtelenségét állapította meg. A helyszínen való megjelenéskor áramvezető sodronyok sem abban, sem a helyiségben, a melyben a tanúk vallomása szerint a haláleset bekövetkezett, sem a szomszédos helyiségekben nem voltak s a jelenlevők valamennyien azt állították, hogy az elhalt villamos áramvezetővel nem jutott érintkezésbe. Ezeknek ellenére is, minthogy a kezekben levő égések szövettani képe sem egyezett a közönséges égéseknek képével, a villamos áram szerepére kellett következtetni. Két esztendő elteltével, nemrégén kért a törvényszék véleményt az ügyben, három tanúnak abbeli vallomását illetőleg, hogy az elhaltnak kiáltására hozzászaladva őt a földön fekvő találták s a villamos áram vezető sodronya a kezére volt csavarodva.

2. Bemutat czomblövésről készített három Röntgen-képet, a melyek közül kettőn egymás mellett két srappell-golyónak tökéletesen kerek árnyékképe látszik s csak a harmadikon derül ki, hogy a két árnyék egyetlen, de kettévált golyónak felel meg.

3. Bemutatja azoknak a nyilaknak egyikét, a melyeket a repülőgépekről szoktak ledobni. A nyíl kemény fémről (acél) készült, 12.2 cm. hosszú, 9 mm. vastag, 21 gr. súlyú

hengeres pálczika, a melynek egyik vége tömör és erősen ki van vájolva olyképpen, hogy csak a középpontban kereszteződő két síknak megfelelően maradt kb. 1 mm. vastag fémréteg. Az említett vajúlat biztosítja, hogy a nyíl esés közben mindig csúcsával lefelé fordul.

Tangl tanár számítása szerint a nyíl esésének gyorsasága és a leérkezés alkalmával kifejtett munka a következő értékű:

s	V levegő	V vacuum	E. m. súly
500 m.	91.2 m. sec.	99.1 m. sec.	8.48 kg.
1000 "	118 " "	140 " "	14.2 "
2000 "	145 " "	198 " "	21.6 "
3000 "	157 " "	242 " "	25.2 "
4000 "	163 " "	280 " "	27.2 "

E. a levegő értékével van számítva.

A nyilat az északi harctéren dobták le.

4. Ugyanarról a helyről került az intézetbe 7 nagyobb tábla, a melyek mindenike számos gondos kivitelű színes rajzon a vérzéscsillapítás, a sebesültek kötözése, szállítása és az életmentés különböző módszereit tünteti fel, bizonyítékot szolgáltatva arra, hogy sokszor lekicsinyelt ellenségünk ezen téren is eléggé gondos. Az illető táblákat állítólag az orosz csapatok nagyobb mennyiségben magukkal hordták és a megszállott területeken is kifüggesztették.

II. *Marschalkó Tamás: A pediculosis leküzdése.* (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Hozzászól: Elfer Aladár és Jakabházy Zsigmond.

(III. szakülés 1915 február 20.-án.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. *Jancsó Miklós: Febris recurrens esete.*

II. *Veszprémy Dezső: 1. Nagyfokú gyomortágulás esetét mutatja be.* A megnagyobbodott gyomor a hasüreg elülső részét teljesen elfoglalta, úgy hogy a hasüri szervekből in situ semmit sem lehetett látni, a nagy görbület a medenczébe volt leereszkedve. Méretei: a nagy görbület hossza a cardiatól a pylorusig 109 cm., a cardiatól a nagy görbület legmélyebb pontjáig egyenes vonalban 47 cm. A leszálló rész legnagyobb szélessége 35 cm., a felhágó rész legnagyobb szélessége 27 cm. A gyomor 10 liter folyadékot tartalmazott.

A pyloruson szívós, kérges, heges szűkület, a melyen keresztül csak vajt szonda vezethető át. A gyomor izomzata túltengett. (A 35 éves nőnek egy év óta vannak gyomorfájdalmi, gyakran hány, 3 hónap óta veszi észre, hogy a hasa állandóan nagyobbodik.)

2. 50 éves kocsist choleragyanus tünetek miatt a járványkórházba szállítanak, a hol nemsokára meghal.

Bonczoláskor általános eves hashártyagyuladást találnak, a melynek oka gyanánt a haránt vastagbél egy helyén likacsos átfúródás derül ki. Ezen a helyen a bél egy része diverticulumszerűen kitágult, közvetlenül utána pedig merev szűkület mutatkozik a flex. lienalison. A bél felmetszése után kiderül, hogy a vakbélben, valamint az imént említett tágu-
latban összesen jó két maroknyi apró állat-csont van felhalmozva, továbbá különféle gyümölcsmag. A bél nyálkahártyája ezeken a helyeken czaftos, szabálytalan fekélyeket mutat, hidszerűen kifeszített heges nyálkahártya-lécekkel, a melyekben a csontok nagy része mintegy rögzítve van. A szűkületet a szövétvizsgálat szerint fibrosus kocsonyás rák okozta. Az illető valószínűleg nem falánságból kebelezte be az idegen testeknek, főleg csontoknak ilyen nagy tömegét, hanem inkább gyógyeljárás gyanánt, azon népies szokás alapján, hogy székrekedésén, a mely a rákos bélszűkület miatt nyilván fennállott, segítsen.

III. *Issekutz Béla: „Kísérleti adatok a tetanus gyógykezeléséhez.”*

A tetanus gyógykezelésében két egyforma jelentőségű feladatot kell megoldani: 1. A fertőzés helyének megfelelő kezelésével és antitoxinnal intravenás, endoneuralis és intralumbalis alkalmazásával meg kell akadályoznunk a tetanus-toxin termelődését s illetve annak a központi idegrendszerhez való jutását. 2. Minthogy már a központi idegrendszerbe bejutott és a beteg életét veszélyeztető görcsöket okozó

toxint antitoxinnal megkötni nem tudjuk, a görcsöket megfelelő bódítókkal kell megszüntetnünk.

Ebből a célból ma leggyakrabban a magnesiumsul-
fatot használják részben a gerinczsatornába, részben a bőr alá fecskendezve. Az utóbbi módszernek előnye az egyszerűbb kivitel, hátránya azonban az, hogy a Mg igen nehezen adagolható. Például a szerző kísérleteiben nyulakon a MgSO₄-nek legkisebb bódító adaga 1.25 gr. pro kgr., a halálos adaga pedig 1.5 gr., így tehát a narcosis szélessége csak 0.25 gr. volt. Igaz ugyan, hogy az állaton és emberen is CaCl₂ vérbe fecskendezésével azonnal meg lehet szüntetni a Mg okozta légzésbénulást, de azért nagyon kíváncsok, hogy a Mg-bódulat szélessége növeltessék és hogy ezáltal a Mg alkalmazásának veszélyessége csökkenjen.

A szerző e célból mintegy 160 kísérletben a MgSO₄-et különböző bódító szerekkel adta együtt és azt tapasztalta, hogy az úgynevezett hypnoticumok igen nagy mértékben bővítik a Mg-bódulat szélességét. Ez ugyanis az eredeti 0.25 gr.-ról chloralnak, paraldehydnek, hedonalnak az alkalmazásával 0.50 gr.-ra, urethrannal és luminallal pedig 0.60—0.70 gr.-ra növekedik, úgy hogy míg ha a Mg-bódulatkor a szükséges adagnál (1.25 gr.) annak 1/5-ével (0.25 gr.) többet adunk, már az állat elpusztul, addig a luminal-Mg-bódulatkor a Mg szükséges adagát (0.6 gr.) megkétszerezhetjük minden veszély nélkül, mert csak 1.3 gr. okoz lélek-
zésbénulást. Ezért a szerző ajánlja, hogy a MgSO₄-et (5—10 gr.) nagy adag hypnoticumokkal, még pedig elsősorban luminal-natriummal (0.1—1 gr.) használjuk a tetanus gyógykezelésében. A scopolamin és natriumbromid is csökkenti a Mg-bódulat veszélyességét, bár nem annyira mint a luminal, a morphin ellenben a Mg-bódulat szélességét jelentékenyen csökkenti, így tehát a morphin adása MgSO₄-gyel kerülendő.

Hozzászól: Elfer Aladár és Makara Lajos.

(IV. szakülés 1915 február hó 27.-én.)

Elnök: Davida Leó.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. *Jakobi József: Az előrehaladó izomsorvadásnak ritka alakját mutatja be,* a melyben az infantilis typus kombinálva van a juvenilis typussal. Rövid visszapiantást vet az előrehaladó izomsorvadás különböző típusaira, vázolja az aetiológiáját, lefolyását a betegségnek és a különböző gyógybeavatkozásokat.

II. *Jakabházy Zsigmond: „A háború és a gyógyszerek”* című előadásában először azokat az általános okokat ismerteti meg, a melyek bizonyos gyógyszerek megapadását s ebből származó megdrágulását s esetleg teljes kifogyását eredményezheti.

Aztán a magyar, német és osztrák gyógyszernagykereskedőkkel és gyárosokkal folytatott levelezése alapján 3 csoportba osztva részletezi azon gyógyszereket, a melyeknek rendelésekor takarékoskodásra vagyunk utalva s útmutatást nyújt azoknak a mai viszonyok közt célszerű substituenseiről. Első csoportul a megapadt nyers gyógyanyagokat tárgyalja egyenként. A második csoportban a vegyi gyárak gyógyszertermékeinek a kifogyás veszélyével fenyegető gyógyszereit sorolja fel s végül a 3. csoportban az angol, francia és orosz gyógyszerkülönlegességeknek a piacról való teljes eltűnését tárgyalja s ezzel kapcsolatosan felhívja a figyelmet a magyar készítményekre, a melyekkel minden tekintetben eredményesen helyettesíthetők azok; kiemeli, hogy az angol és francia különlegességeknek hiánya semmi zavart sem okoz a gyógykezelésben, sőt úgy gazdaságilag, mint az orvoslás szempontjából még előnyös ránk, hogy az angol és francia specialitásoknak szertelen rendelése a szállítás megakadása miatt megszűnt.

(V. szakülés 1915. évi márczius hó 6.-án.)

Elnök: Tompa János.

Jegyző: Konrádi Dániel.

Steiner Pál: 1. Lövési sérülések okozta peripheriás idegbénulások. Az idegbénulások kapcsán beszámol azokról a tapasztalatokról, a melyeket mint a csapatkórház sebész-főorvosa a különböző zúzódások, merevségek terén szerzett. Lábadozó, otthon gyógyult sebesülteink nagy százaléka

nem munkaképes, egészben vagy részben rokkant. Ennek oka abban rejlik, hogy az orvosok csak az anatómiai gyógyulásra törekednek és a functionális kezelést figyelmen kívül hagyják. Még egész sereg rokkantnak induló katonán lehet segíteni, ha kellő időben megfelelő intézeteket állítanak fel, a melyekben szakorvosok mechanikai, elektromos stb. kezelést végeznek; az ilyen intézetek felállítására áldozott összeg bőven megtérül az illetők munkaképességének a fokozódásával.

Ezen socialis irányú bevezetés után áttér a kérdés tudományos ismertetésére. A balkán háborúban a sérülések 2-3%-a járt idegsérüléssel. Ismerteti az elsődleges és másodlagos idegsérülések különböző alakjait, kiemeli, hogy a modern lövegek ritkán szakítják teljesen ketté az ideget. Gyakoribb az ideg zúzódása, megrázkódása; aneurysma, haematoma, maga a löveg nyomása és csonttörés vezethetnek az idegbénulásra. Ismerteti az ideg sérülésének következményeit, bemutat különböző eseteket a plexus brachialis, radialis, ulnaris és peroneus hűdésének csoportjából. Az idegbénulások prognosisa függ a sérülés helyétől, fokától, asepsise vagy fertőzött voltától, a sérülés óta eltelt időtől és a gyógykezelés módjától. Minél peripheriasabban esik a sérülés, annál inkább várható az ideg gyors regenerálódása. Nem könnyű annak a megítélése, mikor avatkozunk be. Az előadó abban foglalja össze álláspontját, hogy ha javulás észlelhető, akkor várjunk mindaddig, míg a javulás mértéke állandó. Ha a functionális zavarok 4-6 hét után sem javulnak, sőt az idegsérülés tünetei mindinkább előtérbe lépnek, a villámárammal szemben való viselkedés az ideg folytonosságának megszakítására utal, akkor avatkozunk be. A gyógykezelés módjára nézve az előadó hangsúlyozza, hogy mindig az anatómiai lelet legyen a műtetre mérvadó. Ha heges összenövés, callus nyomja az ideget, akkor neurolysis, ha folytonosság megszakítás van, akkor idegvarrás végzendő. Az előadó 22 esetről referál, az eseteket, azoknak fényképét, Röntgen-képét bemutatja; ezek közül eddig 7 esetben végzett műtétet, 3 plexushűdés esetén neurolysis, három radialis hűdés-esetből 2 esetben idegvarrást, 1 esetben neurolysis, 1 peroneus-hűdés esetben neurolysis. A felszabadított vagy varrott ideget újabb hegesedések elkerülése céljából nyeles izomleányba burkolja és e módszer egyszerűségére és előnyeire hívja fel a figyelmet a tubulatio egyéb módszereivel szemben. A bemutatott neurolysis-eseteken lényeges javulást demonstrál az előadó; az idegvarrás óta eltelt idő még rövid ahhoz, hogy a functionális eredmény szempontjából értékesíthetők lennének a bemutatott idegvarrások; a javulásra $\frac{1}{2}$ -1 év szükséges.

Hozzászól: Makara Lajos.

2. Czombverőer-aneurysma operált esete. Z. E. gyalogos, 1914 november 24.-én sebesült meg Galicziában. A harctér

közelében levő megfigyelő-állomásról december 1.-én szállították a cs. és kir. csapatkórházba. Felvételi állapot: A jobb czomb lövésű sérülése. Bemeneti nyílás 4 újjal a lágyékhajlat alatt a közelítő és feszítő izmok közötti résben. Kimeneti nyílás nincs. A czombcsont törése. Röntgen: ferde darabos törés a czombcsont felső harmadában. Deformált orosz lövés a lágyékhajlat alatt. A bemeneti nyílás környékén ökölnyi pulzáló megnagyobbodás. Bardenheuer-féle nyújtókötés. Az aneurysma mindinkább növekszik, fokozatosan gyermekfőnyi lesz; a beteg szembetűnően halványodik. További vérzés meggátolása céljából 1914 december 9.-én műtétet végzett. Előzetesen ép területen felkereste a czombverőeret, fonalat vezetett alá, melyet a segéd megfeszített s így az ér lumenét ideiglenesen elzárt. Az aneurysmazsák feltárása után kiderül, hogy az art. femoralis az art. prof. femoris eredése alatt szinte teljesen elszakadt. A centralis és peripherias csontot lekötik, a szakadt érfalrészt obliterálólag elvarrják. Teljes sebgyógyítás után újból Bardenheuer-féle nyújtókötés. A lefolyás teljesen láztalan volt, elsődleges egyesülés. A végtag táplálásában semmi zavar. A czombtörés 6 hét alatt összeforrott. Jelenleg a beteget teljesen gyógyultan mutatja be. A gyógyulás utáni Röntgen-képet is demonstrálja.

3. Agytályog operált és gyógyult esete. 1914 november 28.-án az előadó ezen esetet már bemutatta. A műtétet nov. 14.-én végezte és a homlokleányban ülő 8 cm. mély és 3 cm. széles tályogot nyitott meg. Az első bemutatáskor a seb sarjadzott, a drainső 8 cm. mélységben vezetett az agyba, a seb alsó zúgában jókora diónyi agyvelőesés mutatkozott. Mint hogy az első bemutatáskor a beteg a gyógyulás kezdetén volt s a további lefolyás előre nem volt meghatározható, az előadó kötelességének tartotta a beteget jelenleg teljesen gyógyultan bemutatni.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhímlő-termelő intézete, II., Margit-körút 45.

A tehénhímlő oltóanyag és a m. k. áll. differia ellenes serumon kívül kapható nálam:

- | | |
|---|---|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. K 16.25 |
| elegendő öt emberre | 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.— |
| | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.— |

Magyarország és Ausztria orvosai az ANGOL csukamájolaj-emulsiót már nem rendelik, hanem a Dr. Egger-féle **MAGYAR** csukamáj - olaj - emulsióval helyettesítik teljes sikerrel.

A Zoltán-féle csukamájolaj

Ara K 2.—

kapható minden gyógyszerárban.

Ara K 2.—

Test és lélek fokozott követelményeivel szemben, idegesség, étvágytalanság, időelőtti kimerülés ellen és a háború viszontagságától való gyors helyrehozatal céljából legjobban bevált:

Syrupus Colae comp. „Hell”

Csakis az eredeti készítménnyel, melyek teljesen átlátszó syrupvastagságú folyadékot képez, érhető el a kívánt siker. Tisztelettel kérjük a t. orvos urakat, mindig határozottan Syrup Colae comp. „Hell“-t rendelni, mert csakis ezen gyógyszerre vonatkoznak a számos klinikus referátumok.

Diabetesesek számára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhydrattól menten állítatik elő.

Eladás a gyógyszárakban csakis orvosi rendelés ellenében. Árak: 1 nagy üveg K 4.—, egy kis üveg K 2.40, egy üveg pilula (50 drb) K 2.50.

Irodalom és minta ezen hirdetésre való hivatkozással az orvos uraknak díjmentesen rendelkezésre áll.

G. HELL & Co.,

gyógyszer-vegyi készítmények gyára

Troppau és Wien I., Helferstorferstr. 11-13.